CRUVEILHIER

ANATOMIE

LÉSIONS DES ORGANES

GENITO-URINAIRES.

VI.

F.10.3

MALADIES DU REIN.

Transformations et productions enkystées du rein.

(PLANCHE IV, VI^e LIVRAISON.)

Aucun organe n'est plus que le rein sujet à la transformation et à la production enkystées. Dans la *transformation enkystée,* le rein, distendu par de l'urine, du pus, ou des mucosités, perd bientôt ses caractères de tissu propre et se convertit en une poche multiloculaire, dont les diverses loges communiquent entre elles par des ouvertures plus ou moins étroites, ordinairement circulaires. Si l'obstacle est à l'extrémité supérieure de l'uretère, la dilatation commence par le bassinet, et se propage peu à peu jusque dans les calices; les cônes de la substance tubuleuse comprimés s'affaissent et s'atrophient, une concavité remplace les saillies des mamelons. La substance corticale, comprimée à son tour, subit, comme la tubuleuse, la transformation fibreuse, en sorte que chaque cône de substance tubuleuse et de substance corticale est bientôt converti en une poche fibreuse qui fait suite aux calices dilatés et forme comme le fond de la cavité pyriforme qu'ils représentent. L'altération occupe souvent le rein tout entier; d'autres fois, elle est bornée à un seul calice et à un seul lobule ou bien à un groupe plus ou moins considérable de calices et de lobules, suivant le siége de l'obstacle; et, dans ce dernier cas, il est quelquefois très-difficile de distinguer la transformation de la production enkystée, d'autant plus qu'il arrive quelquefois que la poche ou le groupe de poches s'isole complètement du reste de l'organe. Cette transformation, comme le plus grand nombre des altérations du rein, démontre l'indépendance réciproque de tous les cônes qui constituent cet organe. Souvent, à côté du cône entièrement transformé, se voit un autre cône parfaitement sain, ou qui n'a éprouvé d'autre déformation que celle qui résulte nécessairement de la compression à laquelle il a été soumis. Presque toujours le fond de ces poches rénales présente des brides aréolaires, des espèces de cloisons incomplètes dues à la présence des vaisseaux artériels, lesquels tantôt ont pleinement échappé à la transformation, et tantôt se sont oblitérés.

Au reste, on peut suivre, soit dans le même rein, soit dans différens reins inégalement altérés, toutes les phases ou périodes de cette transformation; et il m'est arrivé souvent de reconnaître des vestiges du tissu rénal entre deux couches minces de tissu fibreux qui constituaient les parois du kyste. La matière contenue m'a paru être constamment soit un liquide qui conserve encore quelques-unes des propriétés de l'urine, soit un mucus limpide ou purulent.

Dans la *production enkystée,* ce n'est plus le même mécanisme : de petits kystes apparaissent çà et là dans l'épaisseur du tissu du rein, et il m'a semblé que c'était toujours au milieu de la substance corticale ou granuleuse. Aussi le plus grand nombre occupent-ils la surface de l'organe. On en rencontre sans doute bien souvent au niveau de la substance tubuleuse; mais, qu'on y prenne garde, c'est que la substance granuleuse envoie entre les cônes des prolongemens considérables qui atteignent quelquefois jusqu'à la surface interne de la poche rénale. La fréquence des productions enkystées dans le rein permet aisément d'en suivre tous les degrés, depuis les kystes miliaires jusqu'à ces kystes énormes qui donnent au rein des dimensions doubles, triples, quintuples, du volume naturel. On voit rarement un seul kyste rénal; presque toujours on en compte plusieurs; souvent ils sont innombrables. La matière contenue présente aussi des variétés : tantôt c'est une sérosité limpide diversement colorée; tantôt une matière comme boueuse, noirâtre, jaunâtre, ou bien encore une matière crétacée.

J'admets pour les kystes du rein, comme pour ceux de tous les organes glanduleux

ou granuleux, deux modes de formation : tantôt ces kystes se produisent aux dépens du tissu cellulaire séreux qui existe dans le rein comme partout; tantôt une granulation, dont la communication avec la substance tubuleuse est oblitérée, se distend par l'accumulation du liquide qu'elle fournit (et l'anatomie démontre que tous les grains glanduleux sont pourvus d'une cavité). Distendues, comprimées, les parois de cette petite cavité ne tardent pas à éprouver la transformation fibreuse, car la distension et la compression atrophient les tissus propres et développent la cellulosité, et voilà un kyste formé. Il est rare que dans ce dernier cas la même cause qui agit sur une granulation n'agisse pas sur un grand nombre à la fois, d'où la multiplicité des kystes; et les différences que l'on observe dans les qualités du liquide contenu sont sans doute en rapport avec les modifications nombreuses que doit subir la vitalité des parois.

Mais une granulation ne peut se développer, un kyste ne peut se former qu'aux dépens des parties voisines dont il envahit la place. Aussi, lorsqu'un grand nombre de kystes existent, bien que l'organe acquière un volume double, triple, quadruple, les masses de rein intermédiaires sont comprimées, atrophiées, et si la transformation est portée très-loin, le tissu du rein est méconnaissable.

Cependant, avec beaucoup d'attention, il est facile de reconnaître dans l'épaisseur des cloisons qui séparent ces kystes, et plus souvent encore à la surface du rein entre les bosselures qu'elle présente, de petites masses de granulations qui ont échappé plus ou moins complètement à la transformation et à l'atrophie, et c'est ce qui explique comment plusieurs individus dont les deux reins avaient subi la transformation enkystée au plus haut degré, n'ont éprouvé pendant leur vie aucun symptôme du côté des voies urinaires.

Les deux reins représentés planche IV, et auxquels j'aurais pu ajouter bien d'autres cas qui n'en auraient été que la répétition, et nommément deux reins énormes trouvés chez un apoplectique mort dans le service de M. le professeur Chomel, qui me les a adressés; ces deux reins, dis-je, présentent le type de la transformation enkystée de ces organes.

La figure 1re (*) représente la surface extérieure d'un rein transformé en une multitude innombrable de kystes. Les bosselures inégales de cette surface appartiennent à autant de kystes bien distincts les uns des autres. La matière contenue, limpide comme de l'eau de roche dans le plus grand nombre, était trouble, noirâtre, boueuse, jaunâtre dans quelques-uns.

La figure 2 représente une coupe du même rein : on voit la capacité inégale de ces différens kystes, lesquels sont moulés les uns sur les autres et séparés par des cloisons plus ou moins épaisses, creusées elles-mêmes de petites cavités ou kystes à l'état rudimentaire. Bien que la substance du rein semble au premier abord avoir complètement disparu, cependant, avec un peu d'attention, on en retrouve quelques vestiges dans les cloisons intermédiaires, en sorte que je suis convaincu que la sécrétion urinaire n'était pas entièrement suspendue. La substance tubuleuse était plus facile à reconnaître au milieu de cette transformation que la granuleuse, en raison de sa disposition radiée. Les figures 2′ et 2″ ont pour but de montrer les radiations de cette substance tubuleuse. Dans la figure 2′, les cônes sont étalés et forment un plan. On voit autour de ces fibres et dans leur intervalle des cellules irrégulières, petits kystes qui contiennent de la sérosité limpide. Dans la figure 2″, les radiations commencent à disparaître; on voit un kyste dont les parois sont traversées par des espèces de brides rameuses; ce sont des vaisseaux oblitérés.

La figure 3 (**) représente le rein d'un enfant âgé de trois ans. Il est formé par un certain nombre de kystes d'inégal volume. On y voit une artère, une veine rénale et un uretère. Pas le moindre vestige du tissu du rein. Je regarde cette disposition comme congénitale.

(*) Pièce anatomique donnée par M. le docteur Martin, auteur de la lithographie.

(**) Pièce anatomique donnée par M. Baffos, chirurgien en chef de l'hôpital des Enfans malades.

MALADIES DU REIN.

NÉPHRITE.

Néphrite aiguë (fig. 1-2) *terminée par ramollissement. — Inflammation du tissu adipeux qui environne le bassinet et l'uretère. — Abcès autour du bassinet ouvert dans sa cavité.*

(PLANCHE V, Ire LIVRAISON.)

Madame B., âgée de soixante-trois ans, d'un embonpoint excessif, est apportée, le 12 septembre 1828, à la Maison royale de Santé, avec tous les symptômes d'un accès d'*asthme*. Respiration sifflante; orthopnée. L'auscultation permet de reconnaître dans les deux poumons une sibilation avec toutes les variétés de ton qui résultent du resserrement spasmodique des tuyaux bronchiques. La face était pâle; le pouls, presque naturel pour la fréquence, mais peu développé. Pour tous commémoratifs, je recueille que la malade est dans cet état depuis quatorze jours; qu'elle a été émétisée une fois et saignée deux. Je prescris deux synapismes aux pieds et une potion avec gomme ammoniaque, 1 gros, dissoute dans oxim. scillitique, 1 once; eau de laitue, 5 onces, à prendre par cuillerée.

Le lendemain 13, l'oppression avait complètement disparu, et néanmoins la face, bien loin d'exprimer le bien-être, peint un état de *malaise, d'angoisse extraordinaire*. La malade, qui n'a pris que deux cuillerées de la potion, *a vomi* toute la nuit : *nausées* continuelles que provoquent la moindre boisson, le plus léger mouvement; pouls à peu près naturel. Je pus croire que les vomissemens avaient été provoqués par la potion, qu'ils tenaient d'ailleurs, ainsi que les autres symptômes, à l'étroite sympathie qui unit les poumons et l'estomac. Mais, le 14, la persistance des nausées et des vomissemens, la face pâle et décolorée exprimant une douleur sourde et profonde, l'état d'angoisse, la prostration extrême dénotent manifestement une affection abdominale dont il m'est impossible de pénétrer ni la nature, ni le siége, mais dont il n'est que trop facile de deviner la gravité. Serait-ce la cause inconnue de l'asthme qui se serait portée sur l'estomac? Cette cause serait-elle purement nerveuse? (Vésicatoire au bras. Eau de Seltz : potion antiémétiq. de Rivière.)

Le 15, l'abdomen est douloureux à la pression, surtout dans *le flanc et la région iliaque gauches*. Mais point de tension, point de ballonnement; pouls apyrétique. Serait-ce une péritonite? Mais l'abdomen n'est pas ballonné; le pouls est à peine fébrile; il n'est ni petit, ni concentré. Je penche davantage pour une gastrite, ou plutôt pour un ramollissement gélatiniforme de l'estomac ou des intestins. Quel que soit le siége, il y a inflammation désorganisatrice (20 sangsues sur l'abdomen; 2 sinapismes aux pieds; bain conditionnel, qui n'a pas été donné, vu les défaillances continuelles). Le soir, l'angoisse, les vomissemens, les nausées ont augmenté : la malade n'a pu supporter de l'eau lactée qu'elle m'avait demandée. Ne pouvant rallier l'accès d'asthme aux symptômes observés depuis, je fais demander aux parens des renseignemens plus précis, et j'apprends que les vomissemens dataient de l'invasion de la maladie qu'on attribuait à une indigestion; que l'oppression n'était survenue qu'au moment de son départ pour l'hôpital. Persuadé que le point de départ de tous les symptômes est dans l'abdomen, que l'accès d'asthme n'est que sympathique, je prescris de nouveau 20 sangsues, 2 vésicatoires, à la partie interne des cuisses. Potion calmante avec 1 grain extr. gomm. thébaïq. Lavement avec dix gouttes laudan. liq. Syd.

Le 16, abdomen plus douloureux encore, mais sans tension ni ballonnement; angoisse inexprimable; respiration plaintive; face profondément altérée. Parfaite connaissance; la malade a besoin de rassembler

toutes ses forces pour articuler quelques sons. Pouls presque naturel pour la fréquence, mais plus grêle que les jours précédens. Mort pendant la nuit, le quatrième jour de l'entrée de la malade et le dix-huitième de l'invasion.

Ouverture du cadavre. — A quelle maladie avions-nous eu affaire? Telle était la première question qui devait se présenter. Je m'arrêtai à une affection de l'estomac, à une gastrite avec ramollissement gélatiniforme; mais je ne me dissimulais pas l'incertitude du diagnostic, et je trouvais dans cette maladie quelque chose d'insolite que je ne pouvais pénétrer. L'autopsie cadavérique va tout éclaircir.

L'abdomen ouvert, le péritoine nous a paru parfaitement sain. Le foie, la rate, l'estomac, le canal intestinal, examinés à l'extérieur, n'ont présenté rien de particulier. L'estomac divisé a offert une couleur généralement obscure, des replis muqueux teints en jaune, du pointillé rouge çà et là; mais point de ramollissement, et je ne pouvais voir dans ces altérations légères la cause de l'appareil formidable de symptômes que j'avais observé. Les intestins grêles étaient remplis de mucosités teintes en jaune; les gros intestins étaient dans l'état le plus naturel, sauf encore du pointillé rouge. Le foie et la rate, divisés en tranches minces n'ont offert rien de particulier. Le pancréas, par une disposition assez singulière, venait se terminer à la première courbure du duodénum; mais son tissu était naturel. Désespéré de ne point trouver dans l'abdomen la source de tous les symptômes, j'ouvre le thorax : poumons engoués, libres d'adhérences, parfaitement sains; cœur et gros vaisseaux sains, concrétions polypiformes dans l'aorte et le cœur. Aucune espèce d'altération.

Je reviens à l'abdomen. Restait encore à examiner les reins, la vessie, l'utérus et ses annexes. J'entame l'énorme masse adipeuse au milieu de laquelle le rein gauche était comme enseveli : la trouvant plus dense que de coutume, je l'enlève avec précaution, et voici les altérations morbides que j'ai rencontrées :

Fig. 1. Autour du bassinet se voit un foyer purulent récent A, dont le pus était encore en partie infiltré dans les mailles du tissu cellulaire. Ce foyer communiquait avec l'intérieur du bassinet par deux ouvertures *oo* récentes, à bords inégaux, déchirés. Dans le bassinet ouvert se présentent des calculs d'acide urique. Autour du foyer principal, au milieu des masses adipeuses, on reconnaissait de petits foyers purulens, pisiformes *aaa.* Le tissu cellulaire adipeux qui accompagnait l'uretère jusqu'à son entrée dans la vessie était induré, surtout au niveau de sa moitié inférieure, où il faisait corps avec l'ovaire, le ligament ovarique et la trompe utérine gauches.

Après avoir complètement séparé l'uretère de la masse indurée, j'ai reconnu que ce canal contenait une série de petits calculs *ccc*, dont le plus inférieur était le plus considérable, disposés en chapelet depuis l'origine de l'uretère jusqu'à un pouce de son insertion dans la vessie. Ces calculs ne fermaient pas hermétiquement le canal, en sorte que l'urine et le pus pouvaient arriver librement jusque dans la vessie.

La surface du rein R était décolorée, couleur café au lait clair légèrement teint en rose. Quelques points étoilés VE, placés çà et là, sont les vestiges de la fluxion sanguine qui a précédé. Du reste, son tissu était d'une mollesse extrême, comme diffluent; il se déchirait avec la plus grande facilité, tellement que l'effort, assurément très-léger, nécessaire pour séparer sa membrane d'enveloppe, a lacéré toute sa surface. Quelque précaution que j'aie prise, il m'a également été impossible de faire une coupe nette et exempte de déchirure.

La fig. 2 est destinée à représenter cette coupe. Ici le ramollissement du tissu paraît dans tout son jour. La plus légère pression, la plus légère traction suffisaient pour le morceler, et ce morcellement, cette diffluence me paraissent très-bien rendus par la figure. L'altération était au reste bornée à la substance corticale qui avait été envahie dans sa totalité, en sorte qu'on voyait cette substance pultacée blanc-rougeâtre pénétrer dans l'intervalle des cônes décolorés, mais sains, de la substance tubuleuse. J'ai vainement cherché la disposition granuleuse de la substance corticale; je n'y ai trouvé qu'une masse celluleuse dont les mailles auraient été dissociées par un liquide trouble interposé : on ne pouvait d'ailleurs exprimer de cette

masse une seule goutte de pus ou de sérosité. Il y avait une véritable combinaison ; c'est le ramollissement pur et simple. Dans les calices existaient encore quelques calculs. On y voyait aussi du pus comme dans la vessie, et en plongeant la pièce dans l'eau, j'ai vu que la surface interne des calices et du bassinet était comme tomenteuse, hérissée de flocons celluleux. Il semblait que la muqueuse très-ténue qui recouvre les calices et le bassinet avait été décomposée en ses élémens ; car, sous ces filamens, la disposition aréolaire de la membrane propre du bassinet était parfaitement distincte.

Le rein droit était complètement atrophié et n'avait pas la huitième partie du volume de l'autre rein, qui d'ailleurs ne dépassait guère l'état naturel. La capsule surrénale droite était considérablement développée.

La face antérieure du rectum adhérait à la face postérieure de l'utérus par des brides filamenteuses très-multipliées. La trompe droite, oblitérée à son extrémité frangée, se terminait en manière de massue. Quelques petites tumeurs fibreuses superficielles soulevaient le péritoine qui revêt la face postérieure de l'utérus. Un petit polype naissait de la muqueuse utérine.

Étonné et satisfait tout à la fois du résultat de cette autopsie, j'ai prié les parens de madame B. de venir me donner des détails circonstanciés sur ce qui avait précédé. Voici ce que j'ai recueilli : madame B. était molle, apathique ; jamais elle n'avait rendu de graviers, jamais elle ne s'était plainte du côté de la vessie. Il y a quatre ans, pour la première fois, douleurs lombaires qu'on attribuait à un rhumatisme. La malade se plaignait souvent de cette région, marchait parfois inclinée à gauche : sa maladie a débuté par des nausées, des vomissemens qu'elle attribua à une indigestion. Elle se plaignit en même temps d'une vive douleur dans la région iliaque et le flanc gauches. — 1 grain tartre stibié en lavage. Le lendemain, saignée ; le surlendemain 25 sangsues. Soulagement. La malade boit de l'eau rougie, les douleurs reparaissent avec plus d'intensité. Aucun autre moyen n'avait été employé jusqu'à son entrée à l'hôpital. On dit que les urines avaient été naturelles tout le temps de son séjour chez elle ; à l'hôpital, elle n'urinait qu'en allant à la selle, si tant est qu'elle urinât. Les infirmières interrogées n'ont pu me donner aucun renseignement à cet égard.

Réflexions. — Ce fait, dans la narration duquel j'ai suivi scrupuleusement l'ordre des idées qu'il a fait naître dans mon esprit, me semble jeter quelque jour sur le diagnostic, si obscur en général, de la néphrite spontanée. Il me semble que la réunion des symptômes suivans : vomissemens bilieux continuels, que n'explique point l'état de l'estomac ; douleur concentrée dans la région du flanc, s'étendant dans la région iliaque, douleur qui, au reste, deviendrait plus pathognomonique par l'exploration de la région lombaire ; l'anxiété inexprimable ; le sentiment continuel de défaillance, me feraient au moins soupçonner une néphrite aiguë, et probablement les symptômes tirés des organes urinaires eux-mêmes, la suppression des urines, les urines troubles, sanguinolentes, compléteraient le diagnostic.

Je dois y joindre un mode d'exploration qui me paraît propre à jeter un grand jour sur le diagnostic des maladies du rein. Généralement on explore le rein par la région antérieure des flancs ; mais de cette manière on a beau comprimer, à peine arrive-t-on jusqu'à cet organe : aussi n'acquiert-on de signe matériel vraiment caractéristique sur l'existence d'une maladie du rein que lorsque cet organe a acquis un volume considérable. Voici la manière dont j'ai coutume de faire cette exploration : je porte la main en arrière sur la région lombaire ; je soulève, avec un ou plusieurs doigts, la portion des parois abdominales comprise entre la crête iliaque et la dernière côte ; en même temps je presse de l'autre main, ou mieux avec le pouce de la même main, la paroi antérieure correspondante de l'abdomen ; et je puis ainsi reconnaître et la moindre augmentation de volume, et la moindre sensibilité.

L'anatomie nous révèle la source de l'intensité des phénomènes sympathiques, et même du

caractère de ces phénomènes dans l'immense quantité de nerfs ganglionnaires que reçoit le rein, nerfs ganglionnaires auxquels viennent s'ajouter des filets émanés directement du pneumo-gastrique.

L'anatomie nous explique encore jusqu'à un certain point, par la communauté des nerfs, cet accès d'asthme sympathique, évidemment nerveux, évidemment indépendant de toute affection organique des viscères thoraciques. Dans quelques cas d'inflammation chronique du rein, les vomissemens peuvent être le résultat de la compression exercée par le rein sur le pylore; du moins telle est l'interprétation la plus vraisemblable du fait suivant, que j'ai observé à l'hôpital Saint-Antoine, en 1811. Un homme âgé de soixante-deux ans, tourmenté depuis un an de vomissemens continuels, souvent noirs, succomba dans l'état d'adynamie le plus complet, après avoir rendu des urines purulentes. On soupçonnait un squirrhe au pylore. A l'ouverture, nous vîmes une tumeur considérable, partant de la face inférieure du foie et s'étendant jusqu'à la région lombaire; nous pûmes croire que cette tumeur était une dépendance du foie : c'était le rein très-développé, qui se prolongeait jusqu'au niveau du pylore, qu'il comprimait ; sa substance était molle; de petits foyers de suppuration se voyaient à sa surface. Le foie, plus petit que de coutume, était divisé en lobules distincts : l'un de ces lobules, du volume du poing, qui ne tenait que par un pédicule très-mince, membraneux et vasculaire, descendait jusqu'au pylore, en sorte que cet orifice se trouvait placé entre le rein, qui était en arrière, et le lobule du foie, qui était en avant, et cette variété de conformation du foie a bien pu concourir aux phénomènes observés. Au reste, il serait possible que les vomissemens eussent été purement sympathiques. Mais il est rare que les phénomènes sympathiques ne s'usent pas, pour ainsi dire, dans les maladies chroniques.

Sous le rapport de l'anatomie pathologique, ce fait n'est pas moins important; nous voyons enflammés à la fois et le rein et le tissu cellulaire au milieu duquel il est comme enseveli. Combien de fois n'arrive-t-il pas que le tissu cellulaire attire sur lui la cause inflammatoire qui tendait à se porter sur le tissu du rein lui-même! Les calculs contenus dans les uretères, dans les calices et le bassinet, ont-ils été dans le cas actuel en totalité ou en partie cause de l'inflammation? Il est probable qu'ils l'ont été, au moins en partie, bien que par leur présence ils n'apportassent aucun obstacle mécanique au cours des urines. D'ailleurs il y a une affinité non contestable entre l'inflammation et cette altération de sécrétion qui a pour résultat la formation des graviers. L'ouverture du foyer purulent principal dans le bassinet est une circonstance fort importante de laquelle peut résulter, suivant la facilité ou la difficulté de la communication, ou la guérison ou un accroissement excessif de l'inflammation par le passage des urines. Le ramollissement progressif du tissu propre du rein doit-il être rapproché du ramollissement gélatiniforme? ou bien résulte-t-il de l'infiltration d'une petite quantité de pus non encore rassemblé en foyer? J'ai vu le ramollissement gélatiniforme d'une partie du rein gauche, chez un enfant dont le colon descendant avait subi la même altération : c'est un aspect tout différent. Je pense donc que le rein ramolli presque diffluent en était à cette époque peu connue de l'inflammation où le pus commence à remplacer le sang, à dissocier les mailles des tissus, sans pourtant qu'on puisse reconnaître matériellement sa présence. Ces altérations par combinaison de pus avec le tissu des organes sont plus difficiles à reconnaître et surtout à interprêter qu'on ne le croit communément : et cette difficulté me paraît surtout très-grande pour le rein, qui devient pâle, en général mou, mais dont le tissu semble au premier abord peu altéré. C'est ainsi que chez une malade affectée d'inflammation chronique du corps de l'utérus, examinant par hasard les reins, je vis que le droit était environné d'un tissu cellulaire très-dense; je l'ouvre : il était décoloré et offrait dans la plus grande partie de son étendue une couleur d'un blanc jaunâtre, au milieu de laquelle je trouvai quelques gouttelettes de pus : sans cette dernière circonstance j'aurais pu regarder l'altération comme un simple changement de couleur.

Sous le rapport thérapeutique, qu'aurait-il fallu faire? Saigner largement les premiers jours, faire avorter l'inflammation par des bains de cinq, six, huit et dix heures, renouvelés à de

courts intervalles, ainsi que nous l'avons fait avec tant de succès dans un cas de néphrite par cause externe. Dans le cas actuel, il fallait agir avec d'autant plus de vigueur que le rein droit atrophié ne pouvait pas suppléer le gauche; que conséquemment la sécrétion urinaire devait être complètement suspendue. Notre malade était donc dans les conditions les plus défavorables, et peut-être aurait-elle résisté; certainement au moins elle eût résisté plus long-temps sans cette particularité, digne de figurer dans l'histoire de la néphrite, et qu'il est absolument impossible de prévoir. Notons encore 1° la coexistence de l'atrophie d'un rein non calculeux, de la gravelle du rein opposé avec le développement énorme du tissu adipeux; 2° la coexistence de l'atrophie du rein droit et de l'hypertrophie de la capsule surrénale droite, laquelle était double de la capsule surrénale gauche; notons enfin 3° cette même atrophie du rein droit comme une cause prédisposante de l'inflammation du rein gauche.

Néphrite (Fig. 3-4-5) *terminée par suppuration infiltrée : développement énorme et transformation du rein en un tissu spongieux pénétré d'un liquide lie de vin.*

Les figures 3 et 4 de la même planche représentent le rein gauche d'un individu sur lequel nous n'avons que bien peu de renseignemens : voici ceux qui m'ont été donnés par M. le docteur Brière de Boismont, à qui je dois ce fait intéressant.

Dans les derniers jours du mois de mai 1827, un homme, âgé de soixante-trois ans environ, entra à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Lullier-Winslow. Douleurs obtuses dans l'abdomen, qui est volumineux, et présente tous les signes d'une ascite commençante. A travers un flot de liquide on reconnaît une tumeur volumineuse, sensible à la pression, dont on présume que le siége est dans le rein gauche. L'état de ce malade paraissant désespéré, on se contente de prescrire quelques palliatifs. Deux jours avant sa mort, hématurie très-abondante. Le malade raconte à ce sujet qu'il a éprouvé deux hémorrhagies semblables à une époque assez éloignée. Le 31 mai, il succombe dans un grand état de faiblesse. A l'ouverture du cadavre, on trouve une grande quantité de sérosité dans l'abdomen; le rein droit très-sain : le rein gauche (fig. 3) prodigieusement développé, mais sans changement de forme, remplissait, non-seulement toute la région lombaire, mais avait pour ainsi dire envahi et la région iliaque et l'hypochondre gauches. Son extrémité supérieure adhérait intimement au diaphragme; son extrémité inférieure plongeait dans le petit bassin; il pesait plus de trois livres; il avait neuf à dix pouces de longueur et autant de circonférence. De sa face postérieure naissait un kyste séreux très-considérable KS, à parois denses, qui soulevait la membrane propre. Celle-ci MP, qui a été renversée du côté du bord concave, était extrêmement épaisse et parsemée de longs vaisseaux veineux très-développés. Elle était séparée du tissu propre du rein, ici par une sérosité trouble, là par du pus, tantôt déposé en couche mince, tantôt ramassé en foyers qui pénétraient plus ou moins profondément dans la substance du rein. Dans quelques points, ce pus était concret PC et représentait assez bien de petites masses de matière tuberculeuse. Du reste, la surface du rein était d'une couleur lie de vin clair; les bosselures, à la manière de rein de veau ou d'un fœtus qu'on remarque à cette surface, ne se sont manifestées qu'après l'évacuation d'une grande quantité de liquide purulent contenu dans son épaisseur. Si on faisait une entaille I, quelque petite qu'elle fût, à l'un des points de la substance de ce rein, on exprimait, par la plus légère pression, une grande quantité de liquide lie de vin épais P, formé comme par un mélange de pus et de sang.

La fig. 4 représente la coupe de cet organe faite du bord convexe au bord concave.

Plusieurs calices étaient remplis par des concrétions jaunâtres, peu cohérentes, qui se prolongeaient dans l'épaisseur du rein et remplissaient des foyers ou déchirures creusés dans sa substance. Il était aisé de reconnaître dans ces concrétions du sang coagulé dépouillé de sa matière colorante.

Après avoir exprimé comme d'une éponge une quantité considérable de pus couleur lie de vin qui en découlait comme par flots; après avoir soumis la surface divisée à un jet d'eau continu qui enlevait le

liquide à mesure, j'ai trouvé, au lieu de la substance rouge, grenue du rein, un tissu spongieux TR, TR, que je ne puis mieux comparer qu'à celui de la rate dépouillée de sa pulpe; l'analogie était telle, que plusieurs membres de la Société anatomique, à laquelle cette pièce a été présentée, crurent avoir sous les yeux un exemple de transformation du tissu du rein en tissu érectile, et ils invoquaient en faveur de leur manière de voir le grand nombre de vaisseaux qu'ils voyaient traverser en tous sens ce tissu, et l'hypertrophie, qui s'explique également très-bien par le développement du tissu érectile. Mais je ne pus partager leur opinion, et je me fondai sur la présence non équivoque du pus dont le rein tout entier était pénétré. D'ailleurs, l'anatomie de texture des organes parenchymateux rend parfaitement compte de semblables altérations. Soumettez, en effet, un organe parenchymateux, le foie, le rein, à l'action d'une solution alcaline, ou bien du chlorure de chaux usité dans nos amphithéâtres, vous verrez le tissu propre enlevé peu à peu; il ne restera qu'un parenchyme celluleux, qu'une éponge à peu près identique pour tous les tissus. On conçoit donc comment l'élément organique qui constitue le tissu propre est entraîné avec le pus, et comment alors il ne reste que le parenchyme celluleux ou fibreux. J'aurai occasion de revenir plusieurs fois sur ce sujet.

Je n'ai pu trouver aucune trace de la substance tubuleuse, ou plutôt la substance corticale et la substance tubuleuse étaient confondues : peut-être la substance tubuleuse était-elle atrophiée. A la place des mamelons on voyait des excavations CC, dont le fond présentait l'aspect radié de la substance tubuleuse.

Je pense donc que le rein représenté fig. 3 et 4 avait été le siége d'une inflammation chronique snr laquelle s'était, pour ainsi dire, entée une inflammation aiguë que caractérisait la présence du pus lie de vin.

En examinant sous l'eau plusieurs fragmens de ce rein entièrement privés du liquide qui les pénétrait de toutes parts, j'ai vu à l'œil nu un très-grand nombre de petites grappes vasculaires; je les ai examinées à la loupe, et j'ai reconnu avec surprise qu'à ces grappes étaient appendues de petites granulations affaissées que je ne puis mieux comparer qu'aux pinceaux vasculaires du placenta. Une de ces grappes, grossie une vingtaine de fois, a été gravée fig. V, GR : ces petites granulations seraient-elles donc les granulations des reins affaissées? Il est aisé de voir que ces vaisseaux et ces granulations ne sont pas libres, qu'ils sont recouverts comme d'une gaze légère; et ce voile, c'est sans doute le prolongement du tissu fibreux lequel fournit une gaîne aux réseaux artériels qui pénètrent la substance du rein. A côté de cette grappe artérielle est une tranche très–mince du tissu du rein TR, vue sous l'eau, et dont la demi-transparence, sur un fond noir, permet aisément d'apprécier la disposition réticulée. Il est curieux de voir un tissu merveilleusement organisé sortir en quelque sorte du milieu d'une masse énorme de pus; de voir le tissu du rein disséqué par la main de la nature, offrir d'une part un aspect spongieux ou celluleux, et de l'autre des grappes vasculaires auxquelles sont suspendues des milliers de vésicules. C'est d'ailleurs l'exemple le plus remarquable que je connaisse d'infiltrations purulentes, non-seulement dans le rein, mais dans les autres tissus. Il m'a exactement rappelé des masses de mélanose développées dans le tissu musculaire de la cuisse d'un cheval. Il fallut une énorme quantité de liquide et une pression long-tems continuée pour pouvoir débarrasser le parenchyme réticulé de la matière noire infiltrée.

Ce n'est pas la première fois que j'observe une disposition aréolaire dans le tissu du rein enflammé. Chez un individu affecté de catarrhe chronique de la vessie, j'ai trouvé dans le rein un nombre considérable de petits abcès tout–à-fait semblables, sauf la consistance, à des tubercules. La substance du rein intermédiaire était molle, aréolaire, infiltrée de pus, et la macération, en enlevant ce pus, m'a permis de voir le réseau complètement vide; mais, dans ce cas, le volume du rein ne dépassait pas l'état naturel. D'ailleurs le rein représenté fig. 1 et 2 ne nous a-t–il pas offert l'aspect d'un tissu cellulaire infiltré? Supposez les fibres hypertrophiées devenues fibreuses, les cellules vastes et remplies de pus lie de vin, et vous aurez un tissu aréolaire analogue à celui des fig. 3 et 4.

MALADIES DU REIN.

Cancer du rein.

(PLANCHE IV, 1re LIVRAISON.)

Vavoques, âgé de cinquante-trois ans, tisseur aux Gobelins, entre à la Maison royale de santé, le 9 juin 1828, dans l'état suivant : Émaciation sans teinte jaune de la peau; débilité extrême; infiltration des membres inférieurs; dévoiement; soif; langue lisse et pâle; aucune douleur. En explorant l'abdomen, qui est légèrement météorisé, je découvre dans le flanc gauche, à travers une fluctuation élastique, une tumeur très-volumineuse, indolente, dont le malade ne s'était jamais aperçu, étendue depuis les dernières côtes gauches jusqu'à la fosse iliaque du même côté. Je crus d'abord que c'était la rate indurée; mais le malade n'avait pas eu d'accès de fièvre depuis vingt ans, époque à laquelle il avait été pris d'une fièvre intermittente qui dura six mois. Alors, palpant de nouveau la tumeur, je reconnus qu'elle faisait corps avec la paroi postérieure de l'abdomen, qu'elle ne jouissait d'aucune espèce de mobilité, qu'on pouvait très-bien l'explorer par la région lombaire, dans l'intervalle compris entre la douzième côte et la crête iliaque, intervalle qui était sensiblement augmenté; qu'elle se portait verticalement en bas au lieu de se diriger de haut en bas, de gauche à droite et d'arrière en avant, ainsi que le fait habituellement la rate hypertrophiée. Je présumai donc que cette tumeur était formée aux dépens du rein, et mes présomptions se convertirent en certitude, lorsque, interrogeant le malade sur ce qui avait précédé, j'appris que, cinq mois auparavant, il avait éprouvé, sans cause connue, des douleurs autour de l'ombilic, bientôt suivies d'une hématurie qui dura pendant un mois, au bout duquel les urines étaient redevenues naturelles. C'est à dater de cette époque qu'est survenu un dévoiement sans coliques qui a présenté beaucoup de variations.

De là j'inférai que Vavoques avait deux maladies distinctes par leur siége et par leurs indications : 1° une affection organique du rein; 2° une inflammation chronique du gros intestin. La première affection, qui était probablement au-dessus des ressources de l'art, pouvait le laisser vivre plusieurs années, à moins d'hématurie nouvelle; la seconde, quoique moins grave, devait l'enlever promptement si l'on n'y portait remède. Y avait-il quelque rapport entre ces deux lésions? L'affection du rein pouvait s'être propagée au tissu cellulaire ambiant, et par celui-ci au colon descendant; mais il était possible qu'il n'y eut que rapport de coexistence, et je devais d'abord diriger les principaux moyens thérapeutiques contre le dévoiement. (Décoction blanche sans cannelle; potion avec 1 grain ext. gomm. thébaïq.; quart de lavement avec dix gouttes laudanum. — Emplâtre de ciguë sur l'abdomen au niveau de la tumeur. Diète féculente.)

Néanmoins le dévoiement persiste : hémorrhoïdes douloureuses qui donnent beaucoup de sang. Le malade s'épuise peu à peu; il est pris d'une ophthalmie palpébrale légère, puis d'un catarrhe pulmonaire, à l'occasion duquel j'explorai le thorax : voix résonnante, ayant tout l'éclat de la trompette au-dessous des clavicules; égophonie au niveau des fosses sous-épineuses. Le pouls devient petit et grêle; l'infiltration des extrémités inférieures augmente avec le dévoiement. Le malade s'éteint, ayant conservé sa connaissance jusqu'au dernier moment.

Ouverture du cadavre. — L'abdomen ouvert, on aperçoit la tumeur (fig. 1) RC, en partie cachée par le colon descendant CD, qui occupe sa partie latérale gauche, et en partie par la fin du duodénum et le commencement de l'intestin grêle D, J; le péritoine tapissait le reste. L'estomac et la rate étaient dans leur situation naturelle; la rate, volumineuse, était séparée du rein par une cloison membraneuse. La surface arrondie, lisse, blanc-rougeâtre, du rein est parcourue par des vaisseaux sanguins, d'un volume considérable.

La coupe du rein (fig. 2), faite de son bord convexe vers son bord concave, a présenté : 1° au centre, une cavité C anfractueuse contenant un liquide séreux ; 2° la presque totalité de la tumeur était formée par un tissu blanchâtre, demi-transparent, aréolaire, dans les mailles duquel était déposée une matière blanc-jaunâtre, concrète, comme granulée (matière dite tuberculeuse) TTTT ; 3° une zone plus excentrique était composée d'une matière demi-transparente, analogue pour l'aspect au cerveau d'un jeune enfant, dense, parcourue par des vaisseaux sanguins très-multipliés et très-volumineux (cancer encéphaloïde cru) EEEE; très-mince à la partie inférieure, cette couche encéphaloïde devient beaucoup plus épaisse à la partie supérieure. 4° Enfin, pour mieux voir la circonférence de la tumeur, j'ai détaché la membrane fibreuse : j'ai reconnu partout la substance du rein, mais altérée et ne conservant parfaitement les caractères du tissu propre de cet organe qu'à la partie supérieure; là on retrouvait le tissu granuleux et rougeâtre, mais à grains extrêmement fins, de la substance corticale SC; point de trace de substance tubuleuse. Des poches fibreuses, remplies ici d'un liquide transparent, là de matière trouble et noirâtre, se voyaient en grand nombre dans l'épaisseur de cette partie supérieure. C'étaient évidemment les calices dilatés et oblitérés CO, n'ayant plus aucune communication avec le bassinet. Dans plusieurs de ces poches se voyaient des caillots de sang faisant suite à de petites masses carcinomateuses MC, MC, libres dans toute leur surface, adhérentes seulement par un pédicule très-mince. C'est sous la couche la plus excentrique, formée par le tissu du rein dégénéré, que se voient le plus grand nombre de vaisseaux sanguins; ou plutôt ce sont des canaux sanguins sans parois vasculaires creusés dans l'épaisseur du tissu, tandis qu'on n'en rencontre presque aucun au milieu de la substance tuberculeuse. La figure 2 donne une idée aussi exacte que possible et des différentes couches et de leur coloration.

L'uretère naissait de la partie interne antérieure et supérieure de la tumeur; donc l'altération avait principalement lieu aux dépens de la partie inférieure du rein. Le bassinet B et l'uretère U, figure 3, étaient parcourus à leur surface externe par un nombre prodigieux de vaisseaux sanguins veineux, flexueux comme tous les vaisseaux de nouvelle formation ou nouvellement développés et aréolaires.

L'un et l'autre (fig. 3′) étaient remplis par une matière pultacée MC, d'apparence carcinomateuse, analogue à celle observée dans les calices, comme elle pénétrée de vaisseaux sanguins qui paraissaient de nouvelle formation. Le rein gauche devait donc être complètement étranger à la sécrétion de l'urine.

La figure 4 représente une tranche mince du tissu morbide. Sa demi-transparence à travers le fond noir qui la supporte donne une idée très-exacte de la disposition aréolaire du tissu fibreux, dans les mailles duquel était déposée la matière tuberculeuse jaunâtre.

Les poumons, parfaitement sains, sont rejetés en avant, en sorte que l'auscultation m'avait induit en erreur, en me faisant croire à une induration au-dessous des clavicules. Il existait dans la cavité de la plèvre une assez grande quantité de sérosité transparente, ce qui explique l'égophonie observée au niveau des fosses sous-épineuses. Rougeur et ulcérations superficielles du gros intestin. L'altération allait en diminuant depuis le rectum jusqu'à la moitié droite de l'arc du colon qui était dans l'état naturel.

Réflexions. — Voilà une des formes composées du cancer du rein. Il nous sera facile de démontrer plus tard que toutes les autres formes du cancer ne sont que des variétés d'une forme qu'on peut considérer comme le type des affections cancéreuses, que dans toutes il y a

développement des filamens cellulaires, disposition aréolaire à mailles plus ou moins denses; dans toutes, dépôt soit de matière caséiforme, soit de matière gélatiniforme transparente, demi-transparente, infiltrée, combinée, déposée, etc., etc.

Rien de plus difficile que le diagnostic du cancer du rein; le plus souvent il n'existe aucun symptôme local; un dépérissement insensible, un malaise général révèlent seuls l'existence d'une lésion organique aussi profonde, et c'est souvent par hasard qu'en promenant sa main sur les diverses régions de l'abdomen, le praticien a découvert ce qu'il ne cherchait pas. Je me rappellerai toujours l'observation d'une femme, âgée de soixante ans, amaigrie, décolorée, qui n'entra à l'Hôtel-Dieu, disait-elle, que pour se reposer. Toutes les fonctions, sauf la nutrition, s'exerçaient en effet de la manière la plus régulière. Bientôt elle demande sa sortie. On la rapporte quatre à cinq jours après dans l'état comateux le plus profond. Elle succombe. Je trouvai pour cause de mort une inflammation du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Ayant ouvert l'abdomen, j'aperçus le rein droit dans la région iliaque; il était très-volumineux. Je le divise et je vois, à mon grand étonnement, qu'il est converti en une matière carcinomateuse, molle, pulpeuse, pénétrée de vaisseaux sanguins et traversée par des espèces de colonnes qui la soutenaient; au centre était un noyau dense, blanchâtre, ayant la résistance du tissu fibreux. Les calices étaient tapissés par du sable rougeâtre, preuve manifeste que la sécrétion de l'urine avait continué dans le rein. Cette dernière circonstance, qui me paraissait inexplicable au moment où je recueillis ce fait, est facile à concevoir d'après ce grand principe d'anatomie pathologique, que j'aurai occasion de démontrer plus tard, savoir *que les altérations organiques, connues sous le nom de productions, de transformations, de dégénérations, sont le résultat du dépôt de produits sécrétés dans les mailles du tissu cellulaire, d'où l'éparpillement d'abord et enfin l'atrophie du tissu propre.* Il en résulte que les molécules, si je puis parler ainsi, du tissu propre, disséminées, peuvent continuer à remplir leurs fonctions tout le temps que ces molécules n'ont pas éprouvé de transformation complète. Tous ces canaux veineux trouvés à la circonférence du tissu encéphaloïde sont des vaisseaux de nouvelle formation, des vaisseaux tout-à-fait indépendans de la circulation générale; rien de plus commun que cette formation de vaisseaux qu'on voit s'organiser au milieu de certains produits de sécrétion, à la manière des vaisseaux de l'œuf. Or il est des produits de sécrétion au milieu desquels ils ne s'organisent jamais, tels sont le pus, la matière tuberculeuse; d'autres au milieu desquels ils s'organisent presque toujours, telles que les fausses membranes, les sucs galactiforme, gélatiniforme, du cancer. Aussi voit-on ici que toute la masse tuberculeuse TTT, fig. 2, ne présente aucun vaisseau, tandis que la couche encéphaloïde EEE en fourmille; et c'est là, à mon avis, la grande différence qui existe entre les produits tuberculeux et les produits dits cancéreux : ceux-là sont toujours des corps étrangers non vivans, il faut qu'ils soient éliminés; ceux-ci sont des corps étrangers vivans, ils persistent indépendamment de la cause qui les a produits, vivent d'une vie propre, semblables au fœtus, qui reçoit de sa mère les matériaux de la nutrition, mais qui les assimile, les transforme à sa manière, et peut-être est-ce là qu'il faut chercher la véritable raison de l'incurabilité du cancer. Le régime fait bien quelquefois maigrir, si l'on peut s'exprimer ainsi, les tumeurs cancéreuses comme tout l'individu; il peut bien donner au sang des principes moins âcres, moins stimulans; mais il ne peut atteindre énergiquement ce nouvel individu, cet animal parasite qui est comme greffé sur un autre individu. Il faudrait pouvoir découvrir un moyen qui allât le frapper de mort, comme le mercure qui va directement atteindre le principe de cet ulcère; encore le cancer, pour être curable, demanderait-il deux choses : 1° la destruction de la cause cancéreuse; 2° la destruction du mal local. En chirurgie, on extirpe le mal local, et on sait que, pour obtenir quelque chose, il faut tout extirper, faute de quoi la portion restante, irritée par une opération incomplète, prend un nouvel accroissement. Si la chirurgie n'obtient pas de plus grands succès, c'est parce que, en extirpant le mal local, elle n'atteint pas la cause productrice du cancer. En médecine, on obtient moins de succès encore, parce qu'on n'a de prise ni sur le mal local, ni sur la cause générale.

Le diagnostic, difficile pour le rein gauche, l'est encore bien davantage pour le rein droit, qui se trouve en grande partie caché par le foie et qui semble se continuer avec lui. C'est ainsi que, dans une observation publiée par mon ami, le Dr Vallerand de Lafosse (*), la tumeur volumineuse, arrondie, que portait le malade dans le flanc droit, tumeur que j'eus occasion de constater pendant la vie, paraissait aux uns appartenir au foie, aux autres occuper le tissu cellulaire qui avoisine le rein; il était encore possible que le colon ascendant induré simulât cette tumeur. Fondés sur des hématuries antécédentes, nous pensâmes que la tumeur avait son siége dans le rein, mais sans pouvoir en préciser le caractère. L'examen de la pièce anatomique, que je fis avec MM. Vallerand et Jolly, nous montra que cet organe avait acquis un volume triple de celui du côté opposé; dépouillé de ses membranes, il était bosselé, et ces bosselures tenaient à la présence d'une quantité innombrable de petites masses, les unes tuberculeuses, les autres encéphaloïdes; on en retrouvait encore dans le calice et le bassinet. Il existait dans l'épaisseur du rein plusieurs cellules remplies par une matière gélatineuse concrète. La veine cave, accolée au rein, était entièrement obstruée par un caillot fibrineux très-solide, d'un blanc jaunâtre. Du reste, ce malade avait, outre la lésion du rein, des tubercules innombrables dans les poumons, tant il est vrai qu'il est excessivement rare de rencontrer des lésions organiques sans complication, à moins qu'elles ne mettent en péril des fonctions indispensables à la vie, et ne tuent avant que le cercle des réactions, des transports des matières morbides et des prédispositions acquises, n'ait été parcouru.

(*) Nouvelle Bibliothèque médicale, 1825.

MALADIES DES REINS

ET DES CAPSULES SURRÉNALES (CANCER).

(XVIII^e livr., pl. I.)

Le rein qui fait le sujet de cette planche a été trouvé chez un vieil invalide, par M. Ribes fils qui n'a pu recueillir sur lui aucuns renseignements.

La fig. 1 représente le rein droit et la capsule surrénale C S, qui ont acquis un volume extraordinaire.

La surface du rein qui est bosselée et celle de la capsule, sont parcourues par un grand nombre de veines flexueuses, et le bassin B est en rapport avec le volume du rein.

La veine cave inférieure V CD contient une matière pultacée adhérente aux parois de ce vaisseau et identique avec celle que nous trouverons dans l'intérieur du rein.

La fig. 2 représente une coupe du rein et de la capsule surrénale. La substance de l'un et de l'autre organe paraît transformée en une bouillie diversement colorée. Le rein est divisé en vastes cellules d'inégale capacité, dont la disposition est devenue évidente après l'ablation de la bouillie : cette ablation a été faite ici à la partie inférieure de l'organe.

Les parois des cellules P, P, P, sont réticulées, à mailles plus ou moins larges, et présentent çà et là une couleur jaune-serin, à la manière des anciens foyers apoplectiques. A la surface interne de ces cellules, sont encore attachés des lambeaux de matière encéphaloïde : les cloisons qui les séparent sont extrêmement denses, presque cartilagineuses.

La partie supérieure du rein présentait une matière encéphaloïde, au milieu de laquelle se voyait une espèce de boue couleur lie de vin plus ou moins foncée.

La capsule surrénale était également infiltrée de matière encéphaloïde et d'une matière boueuse.

Le bassinet B et le commencement de l'uretère, contenaient une matière de même couleur et de même aspect. On retrouvait encore cette matière dans la veine rénale VR, qu'il était impossible de suivre dans l'épaisseur du rein, et qui semblait coupée brusquement à l'entrée de cet organe.

On ne découvrait de traces du tissu du rein que dans quelques points de la superficie de cet organe et dans quelques-unes des cloisons de séparation des cellules en lesquelles il était divisé.

Considérations générales.

L'altération si profonde dont la description précède, est un exemple de cancer encéphaloïde du rein qui a subi lui-même des altérations secondaires, tels qu'épanchement de sang, suppuration, décomposition d'une partie des liquides épanchés.

Dans le cas représenté pl. IV, 1^re livraison, l'altération était limitée à un seul lobule : la portion de rein respectée par la maladie avait été refoulée vers la partie supérieure de la tumeur : ici la totalité des lobules qui entrent dans la composition du rein, avait été simultanément affectée. Chacun de ces lobules était converti en une vaste poche à parois réticulées dans laquelle il était impossible de reconnaître le tissu propre de l'organe. Quelques points seulement ont présenté des traces de leur texture normale.

Le fait sur lequel j'appellerai sur-tout l'attention, c'est la présence de la matière cancéreuse dans la veine rénale. Après le foie, le rein cancéreux est de tous les organes celui dont les veines présentent le plus souvent de la matière cancéreuse dans leur cavité. Plusieurs observateurs en ont rapporté des exemples pleins d'intérêt. L'observation suivante (1) vient encore corroborer les idées que j'ai si souvent émises sur la part que prennent les veines dans la production des maladies cancéreuses.

Bonin (Nic. Charles), 49 ans, se présente, le 13 mars 1833, dans l'état suivant : altération et pâleur des traits, infiltration des membres abdominaux et du scrotum ; ascite ; dyspnée extrême ; toux fréquente et sèche ; étourdissements ; une hémoptysie avait eu lieu quelques mois auparavant : l'œdème datait de cette époque : forte impulsion des battements du cœur : matité de la région précordiale dans l'étendue de

(1) Pièce anatomique et observation présentées à la Société anatomique, par M. Peltier, l'un de ses membres.

la paume de la main : *douleur de rein* que l'on attribue au décubitus dorsal : la respiration s'entendait partout, elle était même bruyante : en arrière et en bas un peu de râle muqueux.

Commémoratifs : bonne santé jusqu'à l'époque du Choléra dont le malade fut atteint en avril 1832 ; la convalescence fut longue et pénible. En septembre, il ressentit de violentes douleurs dans le rein droit, douleur que son médecin avait rapportée à une *néphrite.* Celle-ci parut céder complétement au traitement qui fut mis en usage.

Diagnostic. Hypertrophie excentrique des ventricules ; pariétaire nitrée, teinture de digitale : l'infiltration fait des progrès ; mort le 2 avril, 19e jour de l'entrée du malade.

Ouverture. Cœur d'un tiers plus volumineux que de coutume : hypertrophie excentrique peu considérable du ventricule gauche. Les poumons présentaient une trentaine de masses encéphaloïdes qui occupaient toute leur surface et qui étaient disséminées dans les divers points de leur hauteur. Le tissu pulmonaire était d'ailleurs parfaitement sain.

Le rein droit avait acquis un volume considérable (cinq pouces de long sur trois de largeur). Sa surface était bosselée. Divisé par son bord convexe il présenta une masse encéphaloïde volumineuse qui avait refoulé en bas le tissu du rein. La veine rénale était gonflée comme après une injection : cette veine (tronc, branches, rameaux), était remplie par une matière encéphaloïde tout-à-fait semblable à celle contenue dans l'épaisseur du rein ; il en était de même du tronc de la veine cave depuis son origine à la réunion des deux veines iliaques primitives jusqu'au niveau du bord postérieur du foie. Les calices et le bassinet étaient remplis par la même matière. L'artère rénale et ses divisions étaient vides et dans l'état naturel. L'uretère était sain, de même que la vessie ; le rein gauche avait augmenté de volume, mais il était sain ; le foie était volumineux, la rate petite, le pancréas normal. L'aorte abdominale rétrécie était entourée par une masse squirrheuse qui s'étendait depuis l'orifice aortique du diaphragme jusqu'à l'angle sacro-vértébral. La veine cave longeait, sans y adhérer, le côté droit de cette tumeur.

Réflexions. Que de causes se réunissaient ici pour rendre le diagnostic de la maladie du rein presque impossible. L'infiltration coïncidant avec les symptômes d'une affection du cœur, légère il est vrai, ne devait-elle pas appeler toute l'attention vers le centre de la circulation. L'ascite ne permettait pas l'exploration du rein, au moins par la région antérieure de l'abdomen. Le commémoratif de la *néphrite* passa inaperçu, ainsi que la *douleur de rein* qu'accusait assez constamment le malade, et qui fut rapportée au décubitus dorsal obligé. Le malade ne parla pas d'hématurie antérieure, symptôme que j'ai vu manquer rarement, et qui, coïncidant avec une douleur rénale, avec une tumeur appréciable par la région lombaire bien mieux encore que par la région antérieure de l'abdomen, me paraît permettre d'établir assez positivement le diagnostic de la maladie. L'affection du cœur était trop peu considérable pour rendre compte de l'infiltration qui reconnaissait ici pour cause l'oblitération de la veine cave et aussi cette masse cancéreuse qui entourait l'aorte.

La veine cave ascendante, la veine rénale dans son tronc et jusque dans ses plus petites divisions étaient remplies de matière encéphaloïde adhérente aux parois : dans ce cas, où l'altération était beaucoup moins avancée que dans celui représenté pl. I, il m'a été facile de constater que la matière encéphaloïde avait été formée dans la veine elle-même, qu'elle n'y avait pas pénétré du dehors à travers une perte de substance ; et j'ai pu me rendre compte pourquoi l'injection tentée par M. Bérard aîné, dans un cas de cancer du corps thyroïde a eu ce résultat, que la matière de l'injection poussée par les veines n'a pénétré dans aucun point de la tumeur : *il n'y a pas eu une seule veine injectée*, tandis que cette tumeur a été pénétrée de toutes parts par l'injection artérielle. Certes, si chez le sujet dont il s'agit, on avait voulu injecter la veine rénale, ou la veine cave inférieure, il aurait été impossible que la moindre quantité du liquide injecté arrivât jusque dans le tissu propre du rein. Au lieu de conclure, que cette injection prouve que le système veineux n'est pour rien dans les maladies cancéreuses, tandis que le système artériel paraissait y prendre une part importante, on aurait dû tirer une conséquence opposée.

Les masses encéphaloïdes des poumons, masses qui occupent la surface de ces organes, comme les abcès multiples dans le cas de phlébite, attestent l'infection générale et me paraissent s'expliquer par la même théorie que les abcès du poumon dans la phlébite traumatique ou autre, c'est-à-dire par une maladie des veines du poumon consécutive à une maladie des veines du rein.

MALADIES DE LA VESSIE ET DE LA PROSTATE.

(XVII^e livr., pl. II.)

Considérations générales sur l'hypertrophie partielle ou générale de la prostate.

L'hypertrophie de la prostate est une des lésions les plus graves des voies urinaires (1). Cette hypertrophie peut être partielle ou générale; partielle, elle peut affecter, 1° cette portion moyenne de la prostate, connue improprement, depuis Everard Home, sous le nom de lobe moyen; 2° le lobe gauche, 3° le lobe droit, 4° la portion moyenne et l'un des lobes, l'autre lobe étant intact, 5° enfin les deux lobes latéraux, la portion moyenne conservant son volume naturel. Le développement général peut être uniforme ou inégal, avec ou sans tumeur proéminente dans l'intérieur de la vessie.

Un bon nombre d'observations rapportées par Bonet (2), un plus grand nombre recueillies par Morgagni (3), avaient établi que les rétentions d'urine reconnaissent quelquefois pour cause l'engorgement de la prostate; qu'on rencontre assez souvent chez les vieillards une sorte de végétation qui naît de la paroi inférieure de la portion prostatique du canal uréthral, au niveau de l'orifice de la vessie; que cette végétation proémine dans l'intérieur de cet organe à la manière d'une soupape et oblitère plus ou moins complétement son orifice.

Morgagni réfute péremptoirement l'assertion d'un auteur contemporain sur l'existence de la *luette vésicale*, qu'il prouve n'être autre chose que cette végétation commençante et par conséquent un état anormal; et je m'étonne qu'après une argumentation aussi victorieuse, il soit encore question dans nos livres élémentaires d'anatomie de cette luette vésicale que Lieutaud a introduite dans la science.

Enfin, Morgagni, Valsalva, Pohl, Fantoni, Santorini, etc., avaient parfaitement établi que cette végétation était formée aux dépens du tissu propre de la prostate, dont elle n'est qu'un prolongement. Voici comment s'exprime Vallisniéri à ce sujet (Ep. XLI, 19). « La prostate tuméfiée se trouvait en outre augmentée d'une sorte de lobe provenant » de sa propre substance glanduleuse, ayant la forme et le volume d'une noix, et se portant » dans l'intérieur de la vessie, non point par la partie antérieure, mais par celle qui » répond au rectum. »

Ces observations si exactes, si précises de Morgagni et autres, ont été répétées par Hunter, Desault, puis reprises par Everard Home, qui, dans un mémoire lu à la Société royale de Londres en 1806, leur a donné un nouvel intérêt, et se les est en quelque sorte appropriées en admettant que les végétations de la prostate étaient le résultat du développement d'un lobe particulier de cette glande, qu'il a désigné sous le nom de *lobe moyen*.

Or, voici ce que la dissection la plus attentive démontre par rapport à ce lobe moyen. Si on examine la circonférence postérieure ou vésicale de la prostate, on voit que les canaux éjaculateurs, les conduits excréteurs des vésicules séminales et la fin du canal déférent, sont reçus dans une espèce de canal infundibuliforme creusé dans l'épaisseur de la glande dont ils sont complétement isolés, que les canaux éjaculateurs se portent en convergeant d'arrière en avant et un peu de bas en haut, pour aller s'ouvrir isolément sur les côtés de l'extrémité antérieure du véru-montanum. Or, Home appelle lobe moyen, toute la

(1) *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, tome 10, article Hypertrophie.
(2) *Sepulchretum anatomicum*, sect. 14, 15, 25.
(3) *Epist. anatomicæ*, XLI, 17; XLII, 11; LXVI, 5, 11; LXX.

portion de prostaste qui est située au-dessus des conduits éjaculateurs, portion dont l'épaisseur, variable suivant les sujets, va en diminuant d'arrière en avant. Mais, comme il est positif qu'aucune ligne de démarcation ne sépare cette portion moyenne des parties latérales, la dénomination de lobe moyen, admise par Home, me paraît propre à donner une fausse idée de la disposition anatomique, et devoir être remplacée par celle de portion moyenne.

Le développement de la partie moyenne de la prostate peut coïncider avec l'engorgement de la prostate tout entière; il peut avoir lieu indépendamment de cet engorgement. Le plus souvent pédiculées, ces tumeurs peuvent se continuer avec le tissu prostatique par une large base.

Ce développement de la partie moyenne de la prostate est quelquefois considérable: Hunter a vu un cas dans lequel il avait acquis le volume d'un œuf de poule. Cette tumeur proéminant dans l'intérieur de la vessie, faisait l'office d'une valvule ou soupape qui intercepta d'abord incomplétement, puis complétement, le cours des urines.

La difficulté que cette disposition apporte à l'émission des urines favorise singulièrement la formation de la pierre dans la vessie. Dans la XXV^e^ observation de Home, le malade fut sondé pour la maladie de la protaste, en 1802. On ne reconnut la présence d'une pierre qu'en 1806; il fut taillé et guéri: une nouvelle pierre se forma en 1809; deuxième opération à laquelle le malade succomba presque immédiatement. A l'ouverture, on trouva que le lobe moyen et le lobe gauche proéminaient dans la vessie. Il est probable, ajoute Home, que si ce malade avait résisté à la seconde opération, une troisième pierre n'aurait pas tardé à se former.

On conçoit d'ailleurs la difficulté qu'une végétation considérable de la partie moyenne de la prostate peut apporter au diagnostic de la pierre vésicale, en soulevant le bec de la sonde qui sera incessamment dirigée au-dessus du bas-fond de la vessie. M. Bérard aîné rapporte, dans sa dissertation inaugurale, un cas de ce genre. Sur le cadavre d'un homme qui avait éprouvé plusieurs rétentions d'urine, et qui avait souvent été sondé sans qu'on eût jamais soupçonné l'existence de la pierre, il trouva sur la partie inférieure du contour de l'urètre une excroissance presque aussi volumineuse qu'un œuf de poule.

Par le fait du développement de la partie moyenne de la prostate, le cathétérisme devient d'une difficulté quelquefois extrême: à raison de l'espèce de cul-de-sac que présente dans ce cas la portion prostatique du canal de l'urètre, le bec de la sonde butte contre le cul-de-sac, derrière la végétation, et ce n'est qu'en variant de toutes les manières la direction de l'instrument, qu'en l'inclinant latéralement, qu'en introduisant une sonde de gomme élastique, tantôt sans mandrin, tantôt avec un mandrin, d'après le conseil de Home, qu'on parvient à tourner l'obstacle. Il n'est pas besoin de dire que l'introduction du doigt dans le rectum facilite beaucoup ces diverses tentatives. Du reste, et cette remarque n'a point échappé à Home, il arrive souvent qu'un second, un troisième cathétérisme sont plus difficiles que le premier; et c'est quelquefois par un hasard heureux qu'on parvient à pénétrer dans la vessie.

Dans certains cas, ce n'est pas la partie moyenne de la prostate, mais bien les parties latérales ou lobes latéraux qui proéminent dans l'intérieur de la vessie; je possède un cas de ce genre. L'orifice vésical se trouve transformé en une fente antéro-postérieure.

Bartholin dit avoir trouvé à Padoue, sur le cadavre d'un homme de 49 ans, mort de rétention d'urine, deux tubercules placés de chaque côté de l'orifice de la vessie, et qui étaient du volume et de la forme des testicules. Leur substance était blanche et granuleuse. Ils étaient mobiles et couvraient l'orifice de la vessie. Ils cédaient à l'introduction de la sonde, mais ils retombaient sur l'orifice aussitôt qu'on la retirait.

Home rapporte une observation dans laquelle les trois portions de la prostate proémi-

naient à la fois dans l'intérieur de la vessie sous la forme de trois végétations arrondies par leurs faces correspondantes, et interceptant un espace triangulaire par lequel s'écoulait le liquide.

Voici, du reste, la description anatomique d'une prostate hypertrophiée, qui avait de quatre à cinq fois son volume naturel. Elle a pour sujet un individu taillé par la méthode sus-pubienne. La partie moyenne était proportionnellement plus volumineuse que les parties latérales.

Cette prostate entourait de toutes parts le canal de l'urètre, la partie supérieure de cette glande était, relativement, aussi développée que la partie inférieure, en sorte que l'incision faite à la partie antérieure de la vessie arrivait jusqu'à la prostate. Dans ce cas, comme de coutume, cette glande avait acquis une partie de son développement du côté de la vessie; elle s'étendait sur le bas-fond de cet organe.

Le tissu de la glande se déchirait avec facilité et pouvait se séparer en sphéroïdes irréguliers dont les plus gros avaient le volume d'une noisette de moyen volume. Une coupe de la glande présentait des surfaces circulaires dont chacune appartenait à un sphéroïde.

Chacun de ces sphéroïdes était évidemment un grain glanduleux hypertrophié. Le tissu de chaque grain présentait une texture aréolaire; les aréoles, d'inégales dimensions, étaient remplies de suc prostatique. Quelques granulations plus volumineuses étaient converties en cellules, communiquant toutes les unes avec les autres, et contenant une matière jaunâtre, épaisse, comme puriforme.

Ces gros grains glanduleux, parfaitement distincts, étaient réunis par une trame évidemment de nature musculeuse, et que je ne puis mieux comparer qu'au tissu de l'utérus chargé du produit de la conception. L'enveloppe prostatique bien facile à isoler des fibres musculeuses de la vessie, était constituée, par un plan musculeux blanchâtre, assez épais.

La prostate était d'ailleurs traversée par des canaux sinueux, pleins de liquide, offrant des dilatations et des rétrécissements alternatifs, et dont la face interne présentait un aspect réticulé comme les canaux hépatiques; ces canaux sont les conduits excréteurs de la prostate.

Ainsi, la prostate était constituée par de gros grains disséminés au milieu d'une trame musculaire qui lui fournissait une enveloppe épaisse. Chaque grain glanduleux était aréolaire.

L'hypertrophie de la prostate est généralement une maladie des vieillards. Sa gravité tient à l'obstacle qu'elle apporte à l'émission des urines, et nullement à la lésion organique elle-même. La difficulté d'uriner dont elle s'accompagne, devient une nouvelle cause d'hypertrophie qui ne tarde pas à amener la rétention d'urine.

La présence long-temps continuée d'une grosse sonde, en dilatant le col de la vessie, en écartant, en changeant la forme de la végétation prostatique proéminente, peut rétablir, pour un temps plus ou moins long, le cours des urines, et je crois avoir vu dans ma pratique plusieurs exemples de ce genre. M. Leroy a proposé, dans ces derniers temps, un moyen fort ingénieux, qui consisterait dans une sonde courbe, susceptible d'être ramenée à la direction rectiligne après son introduction. Il se propose par là de comprimer, de refouler en arrière la portion proéminente de la prostate, de l'atrophier en quelque sorte, ou du moins de rétablir temporairement le cours des urines. Attendons pour la juger que cette méthode ait été mise à exécution.

Dans le cas où l'obstacle au cours des urines ne pourrait être ni écarté ni détruit, si cet obstacle, et c'est le cas le plus fréquent, consistait dans une végétation de la portion moyenne, ne pourrait-on pas, au lieu de la ponction de vessie proposée dans ce cas par les chirurgiens les plus distingués, transformer en méthode un accident arrivé à plus d'un praticien ? savoir la perforation de la base de cette végétation. C'est le fait qu'on va lire qui m'a suggéré cette idée, que je soumets bien volontiers à la méditation des hommes de l'art

qui se sont occupés avec un si grand succès dans ces derniers temps des maladies des voies urinaires (1).

Dysurie, puis rétention complète d'urine. Difficulté du cathétérisme. Écoulement d'une grande quantité de sang. Guérison temporaire. Symptômes de pierre et de catarrhe de vessie. Dépérissement. Mort. Pierre ayant pour noyau un caillot de sang. Perforation de la végétation prostatique par la sonde. Orifice vésical artificiel donnant très librement passage aux urines,

M. D. éprouvait depuis longues années un sentiment de pesanteur sur le rectum, des besoins fréquents d'uriner et une difficulté dans l'émission des urines qu'il rapportait à des hémorrhoïdes, et pour lesquels il n'avait jamais réclamé de conseils.

Survint une rétention complète d'urine. Je fus appelé : la rétention d'urine datait de 18 heures; le malade s'épuisait en efforts d'expulsion; je sondai. La sonde (c'était une sonde d'argent) pénétra très librement jusqu'au col de la vessie, mais là, le bec reçu dans un cul-de-sac éprouvait une résistance que je ne cherchai pas à surmonter, mais à tourner, en imprimant au pavillon un mouvement de bascule très considérable et en l'inclinant, soit à droite, soit à gauche. Je réussis. La sonde fut retirée immédiatement après l'évacuation de la vessie. Il fallut sonder le soir, le lendemain et les jours suivants : au lieu de diminuer, la difficulté sembla s'accroître à chaque cathétérisme. Le 4^{e} jour, ne pouvant réussir, malgré l'introduction du doigt dans le rectum, et sûr que j'étais dans une bonne direction, j'exerçai un léger effort de pression : un obstacle fut surmonté, l'urine coula librement. Pour éviter de nouveaux tâtonnements, je me décidai à laisser la sonde à demeure pendant 24 heures (c'était toujours la sonde d'argent).

Un écoulement de sang peu considérable eut lieu dans le premier moment ; il augmenta beaucoup pendant la nuit; le sang coulait en partie par la sonde, en partie entre la sonde et le canal. Des caillots obstruaient la sonde : des injections furent faites avec succès pour la désobstruction. Le lendemain je substituai sans difficulté une sonde de gomme élastique à la sonde d'argent. Un écoulement de sang très abondant continua pendant huit jours.

Je me demandais à quelle maladie j'avais affaire : j'avais reconnu que l'obstacle était au col de la vessie; la prostate explorée par le rectum m'avait paru volumineuse. Il était donc probable que l'obstacle que j'avais surmonté n'était autre chose que la partie moyenne de cette glande considérablement développée. D'une autre part, la grande quantité de sang qui s'écoulait, présentait trop d'analogie avec le fait suivant, pour ne pas me donner de vives inquiétudes.

Un malade, sujet depuis cinq ans à une hématurie plus ou moins abondante, fut pris de rétention d'urine. L'introduction de la sonde qui pourtant eut lieu sans difficulté, fut suivie d'une hémorrhagie considérable; les caillots obstruaient la sonde et s'opposaient à l'issue de l'urine. J'introduisis la sonde la plus volumineuse que je pus me procurer; mêmes accidents : je supprimai la sonde; nouvelle rétention d'urine, efforts d'expulsion extrêmement douloureux et presque continuels. Je fus obligé d'essayer encore de la sonde, mais les caillots de sang la remplissaient presque immédiatement ; et l'aspiration de ce sang, les injections d'eau tiède ne pouvant rien pour l'évacuation des urines, les efforts d'expulsion restèrent aussi violents.

Ce fut au milieu de ces cruelles alternatives, que ce malheureux expira, moitié par douleur et par efforts d'expulsion semblables à ceux d'une femme en travail, moitié par hémorrhagie. A l'ouverture, je trouvai deux petites tumeurs carcinomateuses dont une pédiculée avoisinait le col de la vessie : c'était cette tumeur molle, encéphaloïde, extrêmement vasculaire que la sonde avait entamée à sa surface et qui était la source de l'hémorrhagie; c'était cette même tumeur qui, à chaque contraction de la vessie, venait s'appliquer contre le col de la vessie et produisait la rétention d'urine.

Je reviens à notre malade. M. Dupuytren appelé en consultation, explora la vessie avec beaucoup de soin sans trouver aucun corps étranger, aucun indice appréciable de tumeur. Force était de laisser la

(1) Cette idée avait déjà été mise à exécution, Lafaye (Chopart, *traité des maladies des voies urinaires*) appelé auprès d'Astruc, affecté de rétention d'urine, ne put jamais parvenir à introduire la sonde ; le doigt introduit dans le rectum, joint au siège de l'obstacle vers le col de la vessie, lui ayant fait juger que cet obstacle consistait dans une tumeur située dans cette région, il se décida à perforer la tumeur à l'aide d'une sonde à dard ; ce qu'il exécuta avec beaucoup de bonheur : ayant retiré le dard, et l'urine s'étant écoulée, il introduisit l'algalie par la route qu'il venait de pratiquer. L'instrument fut maintenu pendant quinze jours. Une autre algalie plus volumineuse fût substituée à la première. Astruc vécut encore 10 ans, sujet à des rétentions d'urine auxquelles Lafaye seul pouvait remédier. A l'ouverture, Lafaye trouva un *fongus sarcomateux*, très dur, de la grosseur du poing, dont les deux tiers se voyaient dans la cavité de la vessie, et l'autre tiers s'étendait dans le col vers le *veru-motanum*. Il vit la route qu'il avait faite dans l'épaisseur de la partie latérale gauche de la tumeur.

sonde à demeure malgré l'écoulement de sang auquel elle donnait lieu, car sa suppression que j'avais tentée plusieurs fois était toujours suivie de rétention d'urine.

Cependant le sang cessa bientôt de couler; la sonde fut maintenue pendant un mois et demi à deux mois, puis supprimée; le malade put uriner spontanément et même beaucoup plus librement qu'avant la rétention d'urine.

Six mois se passèrent dans l'état le plus satisfaisant. Les forces et l'embonpoint étaient revenus : alors se manifestèrent des besoins fréquents et impérieux d'uriner, avec contraction douloureuse de la vessie et douleur à l'extrémité de la verge. Les urines devinrent catarrhales. Le malade présenta tous les symptômes de la pierre ou du catarrhe vésical.

Fondé sur l'absence de pierre dans la vessie, dont j'avais acquis la certitude par les nombreuses explorations que j'avais pu faire, je crus à un catarrhe vésical. Le malade avait tellement en horreur le cathétérisme, qu'il refusa constamment de s'y soumettre. M. Pasquier fils, qu'il fit appeler, ne put triompher de sa résistance.

Pendant un an, la santé générale du malade ne fut pas sensiblement compromise. Au bout de ce temps, les douleurs devinrent tellement vives et tellement rapprochées, qu'il lui fut impossible de quitter la chambre : il fut pris d'accès de fièvre pernicieuse comateuse. MM. Marjolin, Jolly et Vallerand furent appelés pendant le second accès. Nous crûmes tous qu'il allait périr. Le sulfate de kinine pris à haute dose prévint l'accès suivant qui aurait été probablement le dernier : le malade survécut trois mois à cette fièvre pernicieuse : ce furent trois mois d'agonie ; besoins d'uriner fréquents, pressants, douloureux, contraction violente de toutes les puissances expulsatrices, tellement que la défécation accompagnait souvent l'émission des urines. Urines catarrhales. Les derniers jours de la vie on sentait à l'hypogastre une tumeur très dure qui paraissait formée par la vessie. Le malade s'éteignit.

Ouverture du cadavre. Une pierre volumineuse était contenue dans la vessie.

La fig. 1 représente la vessie ouverte par sa face postérieure ; la paroi antérieure P A V, qui est en évidence dans toute son étendue, présente à considérer 1° la couleur bleue ardoisée de la muqueuse vésicale, mode de coloration qu'on observe assez généralement dans le cas d'irritation chronique de cette membrane ; 2° l'épaisseur des parois de la vessie, épaisseur due exclusivement, comme dans tous les cas de même nature, à la membrane musculeuse hypertrophiée, laquelle est disposée en faisceaux ou colonnes qui se coupent à angles divers et interceptent des aréoles. 3° Dans l'épaisseur de ces parois se voient de petites poches ou kystes C C, qui communiquent avec la cavité de la vessie par une ouverture plus étroite que le fond. O U, O U, sont les orifices obliques des uretères dont le gauche est dilaté. Au bas de la paroi antérieure, au niveau de l'orifice de la vessie, se voit une tumeur L M, qui proémine dans l'intérieur de la vessie. Au-dessus de cette tumeur, est une ouverture O V, c'est l'orifice vésical du canal de l'urètre ; au-dessous est une autre ouverture F R, c'est l'orifice d'une fausse route qui communique également avec le canal de l'urètre.

La fig. 2 représente 1° la vessie vue par sa face postérieure F P, 2° l'extrémité vésicale des uretères U U, dont le droit est dilaté; 3° les canaux déférents C D, C D; 4° les vésicules séminales V S, V S; 5° la prostate vue par sa face inférieure. Cette glande est remarquable par son volume : des veines rampent à sa surfaces; de petite concrétions ossiformes (phlébolites) occupent les parties latérales. Everard Home avait noté le développement des veines dans les engorgements de la prostate : bien plus il considérait ce développement comme une des causes productrices les plus actives de l'hyperthrophie prostatique. Je suis plus porté à le regarder comme un effet ; 6° la portion membraneuse du canal de l'urètre P M ; 7° le bulbe B, remarquable par son volume, tel qu'il recouvrait en bas la portion membraneuse et atteignait la circonférence antérieure de la prostate.

Dans la fig. 3, on voit la paroi antérieure de la vessie divisée jusqu'à l'orifice vésical inclusivement, le bas-fond de la vessie B F, la tumeur prostatique L M P, les orifices des uretères O U, O U, la portion prostatique du canal de l'urètre ouverte par sa paroi supérieure, l'épaisseur de la coupe de la prostate C P, C P, le véru-montanum V M, la bride B M constituant la partie inférieure de l'orifice vésical. Une sonde indique le trajet de la fausse route F R, F R; on voit, en procédant d'avant en arrière, qu'elle passe 1° sous une bride mince qui répond à la paroi inférieure de la région prostatique, 2° au-dessous de la bride transversale B M et de la tumeur prostatique L M P.

La fig. 4 représente une coupe perpendiculaire de la prostate C P, C P, dirigée transversalement. On peut apprécier 1° les diamètres de cette glande, soit dans le sens vertical, soit dans le sens transversal ; 2° sa disposition granuleuse extrêmement prononcée, la bride B M qui a été dépouillée de sa membrane

interne et qui paraît de nature musculeuse. De cette bride partait une sorte de pédicule également d'apparence musculeuse, qui s'enfonçait dans la tumeur LMP. Au-dessous de la bride BM est l'orifice de la vessie dont on peut apprécier le diamètre.

La fig. 5 représente le calcul vésical vu par sa face externe. Sa couleur est celle des calculs d'acide urique. Son poids est de deux onces deux gros.

La fig. 6 représente une coupe de ce même calcul, faite suivant son plus grand diamètre. Au centre était un caillot sanguin décoloré, qui est figuré à part en 6'. Les couches concentriques de ce calcul, leurs différents tons de coloration, l'aspect poreux d'un certain nombre de couches, ont été très exactement rendus. Les reins et les autres organes n'ont pu être examinés.

Réflexions. Toutes les circonstances relatives à l'observation qu'on vient de lire, rentrent parfaitement dans les généralités par lesquelles j'ai commencé cet article.

La dysurie qui tourmentait le malade depuis si long-temps, et qu'il attribuait aux hémorrhoïdes, était due à la présence de la végétation prostatique qui obstruait incomplétement l'orifice de la vessie. Par suite de son développement, cette végétation ayant intercepté le passage de l'urine, la rétention d'urine a été complète. La difficulté du cathétérisme est suffisamment expliquée par la présence de cette tumeur, au-devant de laquelle la portion prostatique formait un véritable cul-de-sac. L'hémorrhagie est évidemment due à la déchirure de la base de la tumeur par le bec de la sonde. Cette déchirure s'étant cicatrisée est devenue un orifice nouveau pour le canal de l'urètre; orifice circulaire, lisse, qui a probablement servi ultérieurement à l'évacuation des urines; car l'orifice naturel de la vessie était couvert par la partie la plus volumineuse de la tumeur.

La bride mince qui existe dans le trajet de la fausse route (voyez fig. 3 et 4), au-devant du col de la vessie est au niveau de la prostate; je la regarde comme formée par une de ces grandes lacunes si fréquentes dans le canal de l'urètre. Le bec de la sonde se sera engagé dans sa cavité et aura déchiré son fond. Cette explication est rendue plus que probable par la présence d'une lacune très considérable qui existe au-devant de cette bride sur les côtés du veru-montanum (fig. 3 et 4).

A l'aide de cet orifice vésical artificiel, le malade était guéri de la rétention d'urine. Un caillot resté dans la vessie est devenu le noyau d'un calcul; d'où la nouvelle série d'accidents auxquels le malade a succombé.

Au moment où je rédige la dernière épreuve de cet article, 5 juin 1833, l'application du cathétérisme forcé aux maladies de la prostate, vient en quelque sorte d'acquérir la sanction de l'expérience.

Je donnais mes soins depuis un an à M. L... âgé de 66 ans, pour des accidents des voies urinaires, qui consistaient 1° dans des besoins assez fréquents d'uriner, quelquefois incomplétement satisfaits, et avec diminution du jet du liquide, 2° dans une hématurie plus ou moins considérable, intermittente, qui suivait presque immédiatement un effort, la marche, la secousse en voiture: du reste, point de douleur à proprement parler. Pour commémoratifs, je recueillis que vingt ans auparavant, sans cause connue et sans douleur, M. L... a vu s'écouler une très grande quantité de sang par le canal de l'urètre, écoulement tout-à-fait indépendant de l'émission des urines qui étaient parfaitement limpides; que cet accident s'était renouvelé quatre fois dans le même mois; que depuis, il ne s'était plus reproduit, mais qu'à dater de ce moment, l'émission des urines avait été moins libre qu'auparavant; que de très petits graviers étaient rendus à de longs intervalles.

Interrogé sur la cause de l'hématurie et sur ses conséquences, je répondis que le cathétérisme était le seul moyen de le déterminer; mais le malade s'y étant constamment refusé, je me contentai de lui prescrire des boissons de graine de lin, une solution de bicarbonate de soude, des bains, et le régime le plus adoucissant possible.

M. L... fut affecté de la grippe, il y a environ un mois; la toux avec expectoration ayant survécu à cette affection légère, je lui prescrivis un verre ou deux d'eau de Bonnes tous les matins.

Cependant les urines devinrent plus sanguinolentes et furent rendues avec plus de peine, ce que le malade put attribuer aux eaux de Bonnes, et ce qui dépendait plus probablement des quintes de toux, ou peut-être de l'accroissement de la maladie. Un petit gravier d'acide urique très inégal fut rendu sans dou-

leur, le lendemain 3 juin, à la suite d'une émission pénible d'urines teintes de sang: rétention complète d'urine.

J'arrive à 9 heures du soir, la rétention datait de 12 heures, la vessie proéminente atteignait presque l'ombilic; un bain prolongé, des boissons abondantes n'avaient eu d'autre effet que d'augmenter les efforts d'expulsion en augmentant la quantité des urines.

Je sonde, et j'arrive, après quelques difficultés que j'attribuai au spasme, jusqu'au-dessous des pubis; le mouvement de bascule s'exécute avec facilité, et au moment où le bec de la sonde devait pénétrer dans la vessie, il est arrêté par un obstacle. Je cherche à le tourner; vains efforts. Un peu de sang paraît. Le doigt introduit dans le rectum reconnaît une prostate extrêmement volumineuse, si bien que ce doigt est de nul secours pour le cathétérisme. J'avais introduit une algalie moyenne à cause de l'étroitesse du méat urinaire; j'en introduisis une seconde d'un gros calibre; même résultat. Après dix minutes de tentatives, je prévins M. Parent-du-Châtelet, parent du malade, qui m'assistait dans cette opération, que M. L... avait une hypertrophie de la prostate; que la rétention était produite par le développement de la portion moyenne et peut-être des trois portions de cette glande; que je ne connaissais qu'un moyen, c'était de forcer l'obstacle; que le cas étant insolite et grave, il me paraissait convenable d'avoir un consultant. M. Dupuytren appelé reconnut le développement de la prostate, l'obstacle qui arrêtait le bec de la sonde. Il répéta les tentatives avec une patience, une longanimité au-dessus de toute éloge; elles furent vaines, bien qu'il les ait variées de mille manières différentes et qu'il les ait continuées pendant au moins une demi-heure. Nous nous retirâmes un instant pour délibérer.

Je fis part à M. Dupuytren de ma manière de voir dans le cas actuel et de la nécessité du cathétérisme forcé. Il n'y avait que deux partis à prendre, ou faire la ponction, ou arriver par violence dans la vessie. Il était évident qu'aucune fausse route n'avait été pratiquée, que le mouvement de bascule s'opérait très-bien, que la sonde franchissait la portion membraneuse, et même peut-être la portion prostatique, pour s'arrêter à l'orifice même de la vessie. La nécessité du cathétérisme forcé étant démontrée, le malade fut placé sur le bord de son lit comme dans l'opération de la taille, la sonde fut introduite; de nouvelles tentatives de cathétérisme sans violence ayant été aussi infructueuses dans cette position, que dans les positions précédentes, une pression modérée mais progressive fut exercée; l'obstacle fut surmonté et l'urine coula immédiatement. La sonde d'argent a été laissée à demeure; et elle ne sera remplacée par une sonde de gomme élastique que dans quelques jours.

MALADIES DU TESTICULE (SARCOCÈLE).

(PLANCHE I, V^e LIVRAISON.)

En pathologie, le *sarcocèle* est le cancer du testicule ; en pratique, on appelle sarcocèle toute induration ou tuméfaction de la substance propre du testicule ou de l'épididyme, lorsqu'elle résiste un temps plus ou moins long aux moyens ordinaires de traitement. Le mot *sarcocèle* est pour le testicule ce qu'est le mot *obstruction* pour le foie. Mais, au moins, le mot obstruction n'appelle, comme moyen thérapeutique, que des désobstruans, le régime ; le mot sarcocèle emporte avec lui l'idée d'incurabilité, et, plus que cela, l'idée d'une infection générale primitive ou consécutive, et lorsque ce mot est prononcé, une mutilation le suit. Cependant combien de prétendus sarcocèles qui ont cédé à deux, trois, quatre mois de repos au lit, de diète et de cataplasmes émolliens ! Combien qui, reconnaissant une cause syphilitique ancienne, ont cédé comme par enchantement à un traitement mercuriel ! Combien de prétendus sarcocèles qui n'étaient autre chose qu'une hydrocèle à parois épaisses, à liquide trouble et opaque, qu'une hématocèle ! Il m'a donc paru de la plus haute importance de présenter dans une série de figures et de descriptions les différentes espèces d'altérations testiculaires comprises sous le titre vague de sarcocèle, afin de pouvoir puiser dans la connaissance approfondie de ces lésions, les moins connues peut-être de la chirurgie, les bases de leur diagnostic et de leur thérapeutique.

Cancer alvéolaire (fig. 1 et 2) *du testicule avec matière perlée. — Opération. — Guérison. — Tumeurs encéphaloïdes développées dans l'épaisseur du corps des vertèbres. — Compression de la moelle. — Mort.*

Les figures 1 et 2 représentent un testicule enlevé, à la Maison royale de Santé, par M. P. Dubois. Voici l'histoire succincte de ce malade : M. Lucas, vingt-sept ans, bonne constitution, vit, sans cause connue, son testicule gauche se tuméfier, devenir douloureux avec élancemens. Un traitement rationnel résolutif ayant échoué, l'extirpation fut faite. Le malade guérit rapidement.

Le volume du testicule est considérable (fig. 1) : il a quatre pouces neuf lignes dans son diamètre vertical, deux pouces neuf lignes dans sa largeur, et une épaisseur proportionnelle. Il n'a nullement changé de forme. Ses dimensions sont exagérées, mais d'une manière régulière; sa surface est lisse, sans bosselures; sa consistance est naturelle; son poids en rapport avec son volume. La tunique vaginale TV, épaissie, est parsemée d'un grand nombre de vaisseaux veineux de nouvelle formation, soit dans son feuillet libre, soit dans son feuillet testiculaire. Je regarde comme une loi de l'économie l'existence d'un plexus veineux naturel partout où a lieu une sécrétion normale, et celle d'un plexus veineux accidentel partout où existe une sécrétion ou un travail morbide accidentel. Ici ces veines présentent le cachet de leur origine morbide, dans leurs flexuosités, leur irrégularité, leur disposition en plusieurs plans, leurs ampoules çà et là, leur indépendance de la circulation générale. Plusieurs des veines apparentes à la surface du testicule sont situées sous la tunique albuginée. La tunique vaginale est d'ailleurs saine; ce n'est pas pour elle qu'existaient tous ces vaisseaux. Le feuillet libre adhérait en deux points au feuillet testiculaire. L'une de ces adhérences filamenteuses AF a été représentée sur cette figure.

La figure 2 représente une coupe de ce testicule, qui est composé de deux parties bien distinctes; l'une

supérieure, plus considérable; l'autre inférieure, plus petite, réunies entre elles au moyen d'un tissu cellulaire lâche, en sorte que le plus léger effort suffisait pour les dissocier. La tumeur inférieure E m'a paru formée par l'épididyme; la tumeur supérieure T, par le corps du testicule. Du reste l'une et l'autre présentent la même altération. C'est une trame aréolaire, ou plutôt un nombre prodigieux de cellules, ou kystes, ou alvéoles extrêmement petites, à parois fibreuses, contenant des matières de diverse nature. La plus remarquable de ces matières contenues est une substance perlée, cohérente, sans adhérence avec les cellules qui la contiennent, s'énucléant avec la plus grande facilité et représentant alors de petites perles de la plus belle eau : leur forme et leur aspect, ceux du kyste qui les contenait, ont été très-bien rendus fig. 2, TP, TP, TP. D'autres kystes contenaient de la sérosité, quelques-uns une matière dense, grise, demi-transparente, d'aspect cartilagineux; un très-grand nombre étaient remplis par une matière puriforme concrète, tenant le milieu entre le pus et la matière tuberculeuse. Il y a, dans divers points, des masses de cette matière pultacée qui sort par expression à la manière d'un ver. Ces différentes matières contenues ayant été enlevées, j'ai reconnu que la transformation alvéolaire était générale, que les parois des alvéoles ou kystes étaient fibreuses, très-denses, mais d'une épaisseur inégale; que de ces kystes les uns étaient complètement isolés, et les autres communiquaient entre eux au moyen de petites ouvertures; que çà et là existaient des épaississemens fibreux qui isolaient des portions de tumeur; telle est l'espèce d'île TA qu'on voit au milieu d'elles. Du reste, la substance propre du testicule n'avait pas participé à l'altération, était refoulée à la surface de la tumeur et dans un point circonscrit. Là elle formait une couche peu épaisse, infiltrée, grisâtre, demi-transparente, et ce n'est que par un examen très-attentif que j'ai pu en reconnaître les vestiges. Plus nous avancerons dans l'étude des altérations morbides, plus nous serons convaincus de cette vérité, que je crois avoir le premier proclamée, que nos tissus sont inaltérables, que ce que nous appelons lésions morbides sont des produits nouveaux, vivant d'une vie propre, indépendante, que nos tissus ne sont susceptibles que d'hypertrophie et d'atrophie. Ici l'atrophie s'explique à merveille par la compression qu'a éprouvée la substance propre du testicule.

L'histoire de ce malade est curieuse, elle fait partie de la III^e^ livraison (voyez *Apoplexie de la moelle épinière*). Je rappellerai seulement ici que, six mois après la guérison, M. Lucas fut pris d'une douleur vive dans les parois de la poitrine, d'une difficulté à lever les bras qu'on attribua à un rhumatisme; qu'ayant fait une chute sur l'épaule, en patinant, il éprouva le lendemain une douleur dans cette région; que cette douleur, ou plutôt cet engourdissement, s'étendit aux deux extrémités supérieures; que six semaines après il fut pris successivement d'engourdissement, puis de paralysie complète du sentiment et du mouvement dans les extrémités inférieures, la totalité des parois abdominales et la moitié inférieure des parois thoraciques; qu'enfin il succomba, et qu'à l'ouverture nous trouvâmes une tumeur encéphaloïde développée aux dépens de la septième vertèbre cervicale complètement détruite, de la partie inférieure de la sixième (la substance intervertébrale avait résisté), et des extrémités postérieures des deux premières côtes. Une semblable tumeur commençait à se développer au niveau et aux dépens de la cinquième vertèbre dorsale et de l'extrémité postérieure de la quatrième côte. La moelle épinière était aplatie, mais non réduite en pulpe. Tous les autres organes étaient sains. La cicatrice du cordon testiculaire n'a présenté rien de particulier. Les ganglions lombaires ne dépassaient pas leur volume naturel.

Réflexions. — La même cause qui a produit le cancer alvéolaire du testicule s'est donc portée sur la colonne vertébrale, ou plutôt sur le système capillaire veineux si abondant des vertèbres : le tissu propre des vertèbres a été atrophié comme le tissu propre du testicule; la moelle a été comprimée, d'où la paralysie et la mort. Le vice cancéreux, quel qu'il soit, infecte en général toute l'économie. S'il semble partir d'un point comme d'un centre ou d'un foyer, dans combien de cas l'altération locale ne semble-t-elle pas un des effets d'une cause générale

préexistante qui se manifeste, soit successivement, soit à la fois sur un grand nombre d'organes. Arrêtons-nous à cette idée qu'il n'y a pas de dégénération d'organes, mais que des matières particulières sont déposées au sein de ces organes, et qu'il faut trouver dans la thérapeutique des moyens spéciaux pour les atteindre, ou plutôt pour modifier le travail morbide qui les produit.

Tumeur fibreuse du testicule simulant un sarcocèle (fig. 3).

Rien ne ressemble davantage à une tumeur fibreuse de l'utérus, ou, mieux, au tissu de l'utérus dans l'état de vacuité, qu'un testicule (représenté figure 3) extirpé par M. Marjolin à l'hôpital Beaujon, et qui m'a été remis par M. Blandin. Il résiste et crie sous le scalpel; il est constitué par des fibres d'un blanc grisâtre contournées sur elles-mêmes, entrecroisées, formant des lobules fibreux entre lesquels pénètrent quelques vaisseaux. Son poids est énorme eu égard à son volume, qui est double de l'état naturel. La tunique albuginée n'adhère nullement à ce corps fibreux, dont elle est séparée par une couche épaisse de liquide. A la partie supérieure de la tumeur, il existe une bouillie blanchâtre qui me paraît le résultat d'une altération du tissu fibreux. J'ai eu occasion d'observer plusieurs fois cette même altération dans les corps fibreux de l'utérus. Bien que je n'aie pas retrouvé le tissu propre du testicule, j'ai la certitude que cette tumeur fibreuse s'était formée aux dépens du tissu cellulaire qui unit entre eux les innombrables conduits séminifères, et que le tissu propre avait été rejeté à la surface et atrophié par compression.

Voilà un cas où l'extirpation a dû être sans récidive, car les tumeurs fibreuses dépendent d'un vice local, jamais d'un vice général; elles sont également incapables de dégénération.

Sarcocèle aréolaire, encéphaloïde et tuberculeux (fig. 4). — *Matière cancéreuse le long et dans l'intérieur de la veine-cave ascendante.*

Le testicule représenté figure 4 a été extirpé à la Maison royale de Santé, par M. P. Dubois, sur un homme de quarante ans environ, qui présentait dans l'abdomen, le long de la région lombaire, un engorgement suspect. Néanmoins le cordon testiculaire était sain. L'extirpation, seul moyen de guérison, fut tentée.

La coupe du testicule présente une trame aréolaire fibreuse, ici à mailles larges, là à mailles étroites, remplies d'une matière pultacée, rougeâtre, analogue au cerveau d'un jeune enfant; matière qu'on exprimait comme d'une éponge par une pression légère. Cette matière est entraînée par le lavage, par l'action d'un filet d'eau, à la manière de la pulpe de la rate, et il reste entre les mains un tissu aréolaire exactement semblable au tissu érectile, tellement qu'ayant placé ce tissu à côté d'une tumeur érectile, il a été impossible de les distinguer l'un de l'autre. Après un lavage répété, la moitié du testicule que j'avais soumise à cette épreuve était réduite à la vingtième partie en poids et en volume. Indépendamment de cette trame aréolaire encéphaloïde, il y avait çà et là des concrétions sanguines et de petites masses tuberculeuses, ou plutôt de pus concret MT, MT, entouré d'un cercle rouge qui annonçait un travail extrêmement actif. La substance du testicule TT, TT a été refoulée à la surface, et est facilement reconnaissable, parce qu'elle n'avait encore subi qu'un commencement d'atrophie.

La forme que je viens de décrire est peut-être la plus fréquente de toutes celles que revêt le sarcocèle; du moins c'est celle que j'ai rencontrée le plus habituellement. Voici la description que je faisais, il y a deux ans environ, d'un testicule de cette espèce (*), sous le titre de *sarcocèle cancéreux et tuberculeux :*

(*) Fait d'anatomie pathologique, et observation clinique pour servir à la thérapeutique du sarcocèle. Vingt-cinquième bulletin de la Société anatomique.

« Dans quelques cas, la substance du testicule est convertie en un tissu spongieux aréolaire « infiltré de suc lactescent, de matière tuberculeuse. Un testicule extirpé m'a offert une trame « aréolaire celluleuse ou plutôt fibreuse, très-dense, fragile, disposée en lobules. Les mailles « de cette trame étaient remplies par un suc lactescent (suc cancéreux). Il y avait çà et là des « points opaques qui étaient dus à de la matière tuberculeuse. Au milieu de cette masse existait « un kyste du volume d'une petite noix, à parois fibreuses, contenant une matière jaunâtre « pultacée. Je crus d'abord que le testicule avait subi en entier la transformation aréolaire que « je viens d'indiquer; mais un examen attentif me permit de voir que la substance propre de « cet organe était refoulée sur un des côtés de la tumeur, et il m'a semblé retrouver la masse « entière du testicule. L'épididyme était induré dans sa grosse extrémité. On eût dit qu'il était « infiltré de sérum combiné. »

Cette forme aréolaire encéphaloïde s'accompagne ordinairement d'une infection générale, et presque toujours les malades succombent à des lésions de même nature dans les viscères, soit que ces lésions aient précédé ou coexisté, soit qu'elles aient suivi la maladie. Le foie et les poumons tiennent le premier rang sous ce rapport, et il est digne de remarque que ce soient aussi les viscères qui présentent le plus souvent du pus à la suite des grandes opérations chirurgicales.

Dans le cas représenté figure 4, le malade succomba au bout d'un mois et demi environ. Des douleurs abdominales survinrent, l'engorgement augmenta; la face devint jaune; amaigrissement rapide; mort. Le travail de cicatrisation de la plaie n'avait été nullement entravé. A l'ouverture, nous trouvâmes un paquet énorme de masses encéphaloïdes tout le long de la colonne lombaire, à partir de l'articulation sacro-iliaque jusqu'au rein droit. La veine-cave ascendante était elle-même remplie de cette matière encéphaloïde.

J'ose à peine dire ma pensée à cet égard; mais il semble résulter de quelques injections que les veines s'ouvrent directement dans ces trames aréolaires encéphaloïdes, comme elles s'ouvrent dans les tumeurs érectiles; que, bien que ces tissus morbides vivent d'une vie propre, avec leurs vaisseaux propres, ils n'en sont pas moins en communication plus ou moins directe avec la circulation génerale; mais il y a telle ou telle condition, encore peu connue, qui fait que ces produits tantôt peuvent exister long-temps sans infecter la masse, et tantôt l'infectent immédiatement. Ce qui me paraît certain, c'est que tous ces produits nouveaux, toutes les altérations morbides sont formés aux dépens du système capillaire veineux.

Sarcocèle tuberculeux (*tubercules épars*) (fig. 5).

Cette forme de sarcocèle est assez fréquente; c'est en général le sarcocèle des individus peu avancés en âge. Je ne la crois pas incapable de résolution. Tel est le sarcocèle représenté figure 5. Le testicule avait augmenté de volume et de consistance : incisé longitudinalement, il présenta un très-grand nombre de tubercules TB, TB, TB, gris jaunâtre, séparés les uns des autres par une masse plus ou moins considérable de filamens testiculaires sains. Les tubercules sont les uns solitaires, les autres groupés au nombre de quatre ou cinq, et présentent d'ailleurs divers degrés de développement. Les uns sont demi-transparens au centre comme à la surface, d'autres présentent à leur centre de petits points blancs caséiformes, d'autres une sorte de foyer tuberculeux. Il existait à l'un des points de la surface du testicule une cavité anfractueuse, contenant de la matière tuberculeuse, et ouverte en dehors par un orifice fistuleux.

La tête de l'épididyme était creusée par un vaste abcès tuberculeux, divisée en loges par des cloisons incomplètes. Le canal déférent était sain.

Les tubercules les moins développés paraissaient formés aux dépens du tissu cellulaire qui entoure les filamens testiculaires. Les plus avancés avaient évidemment envahi ces filamens.

Ce testicule avait été extirpé. J'ignore les suites de l'opération, qui en général réussit très-bien dans ce cas, cette forme de maladie se conciliant presque toujours avec l'intégrité de tous les autres organes.

MALADIES DU TESTICULE (SARCOCÈLE.)

(PLANCHE I^re^, IX^e^ LIVRAISON.)

Les faits représentés planche I^re^, 5^e^ livraison, nous ont fourni des exemples, 1° de sarcocèle avec matière perlée; 2° de sarcocèle fibreux; 3° de sarcocèle encéphaloïde; 4° de sarcocèle tuberculeux (tubercules épars dans l'épaisseur du testicule). Les faits représentés planche I^re^ nous feront connaître d'autres espèces et d'autres variétés de sarcocèle.

Sarcocèle épididymaire ou infiltration tuberculeuse de l'épididyme; quelques tubercules commençans dans le corps du testicule, fig. 1, 2.

Les testicules représentés fig. 1 et 2 ont été extirpés par M. le baron Larrey sur deux grenadiers de la garde royale, parfaitement bien constitués, l'un âgé de vingt-huit, l'autre âgé de vingt-neuf ans. Voici leur histoire commune qui est à peu de chose près celle de tous les sarcocèles, suite de maladies vénériennes. Ces deux militaires avaient éprouvé antérieurement une maladie vénérienne consistant chez l'un en un chancre sur le gland et un bubon; chez l'autre, en un chancre sur le dos de la verge et deux bubons inguinaux. (Traitement mercuriel sous l'influence duquel les symptômes disparurent promptement.) Six mois après chez celui-ci, deux ans après chez celui-là, augmentation de volume avec sentiment de pesanteur douloureuse dans un testicule; tous deux sont soulagés par des applications émollientes, le repos et quelques sangsues. Mais le testicule conservait encore de la dureté, et néanmoins les deux malades continuaient à se livrer aux travaux de leur profession. Le retour des douleurs les force à entrer à l'hôpital. On reconnaît que l'épididyme est le siége essentiel de la maladie; il est induré, volumineux, peu sensible à la pression. Un traitement mercuriel est employé, mais sans succès : il est vrai qu'il ne fut continué que pendant un court espace de temps; chez l'un d'eux, pendant la durée de ce traitement, une fluctuation se manifeste à la partie antérieure du scrotum. Quelques grains de potasse caustique appliqués donnent issue à une grande quantité de pus. Diminution de volume de l'organe, persistance de la douleur et de la dureté. Chez tous deux, extirpation. Voici quel était l'état du testicule. Celui représenté figure 1 a été divisé par une coupe verticale en deux parties égales, de l'épididyme vers le corps du testicule; un épaississement très-considérable de la tunique albuginée sépare le corps du testicule T, T de l'épididyme entièrement tuberculeux ET, ET, et devenu extrêmement volumineux. A peine trouve-t-on dans l'épididyme vestige du tissu primitif; la matière tuberculeuse ramollie est comme creusée çà et là de petits foyers; le principal foyer se voit à la partie supérieure en ET. Du reste le corps du testicule est sain; on y découvre quelques petits tubercules grisâtres, demi-transparens qui sont à l'état, appelé de crudité. Le canal déférent est dans l'état normal. Le testicule représenté fig. 2 a été divisé en deux parties égales de son bord convexe vers l'épididyme. Sous le scrotum S, est une poche sous-cutanée CS, fongueuse et contenant quelques fragmens de matière tuberculeuse : cette poche communique d'une part avec l'extérieur par une ouverture fistuleuse, et d'une autre part avec un petit foyer tuberculeux CT, formé aux dépens de la tête de l'épididyme. Un stylet indique le lieu de cette communication. L'épididyme est d'ailleurs infiltré de matière tuberculeuse, mais beaucoup moins que dans la figure 1, et on reconnaît encore dans un grand nombre de points le tissu propre de l'organe. Le corps du testicule est sain; quelques tubercules sont disséminés dans son épaisseur. Il existait chez ce sujet deux canaux déférens, l'un de calibre ordinaire et l'autre très-petit. Cette disposition n'est pas très-rare.

Réflexions. — De toutes les formes du sarcocèle, la plus fréquente est sans contredit celle représentée fig. 1 et 2. C'est celle qui m'a paru succéder constamment aux maladies

vénériennes incomplètement guéries et aux inflammations chroniques, suite de contusions; en un mot, c'est la forme la plus générale du sarcocèle qui se développe sous l'influence d'une cause accidentelle, et j'ai été conduit par un grand nombre de faits à regarder cette altération comme le résultat d'une inflammation chronique de l'épididyme. C'est en effet l'épididyme qui est constamment le siége essentiel de la maladie, laquelle procède de la tête ou de l'extrémité renflée vers la queue. Ce n'est que consécutivement que le corps du testicule est lui-même affecté, et alors la maladie s'y propage de deux manières : ou bien l'infiltration tuberculeuse se fait par irradiation le long des prolongemens fibreux radiés qui du corps d'Higmore pénètrent l'épaisseur du testicule; ou bien, comme dans les cas dont il s'agit, des tubercules plus ou moins nombreux se manifestent çà et là dans l'épaisseur de la substance propre du testicule.

Quelquefois l'affection tuberculeuse occupe non-seulement l'épididyme et le corps du testicule, mais même le canal déférent et les vésicules séminales, les canaux éjaculateurs et la prostate. Tel est le fait suivant :

Sur un sujet mort de je ne sais quelle maladie, l'un des testicules était volumineux et dur, l'autre ne l'était qu'au niveau de la tête de l'épididyme. Celui-ci présentait pour toute altération une cavité pleine de matière tuberculeuse ramollie occupant la tête de l'épididyme. L'autre testicule offrait dans son corps quelques tubercules gris, épais; l'épididyme était parsemé de tubercules blancs, innombrables. Le canal déférent était sain au sortir de l'épididyme; mais, parvenu dans l'abdomen, il augmentait de volume, devenait blanchâtre, puis présentait des bosselures ou renflemens que séparaient des rétrécissemens circulaires : les vésicules séminales, beaucoup plus volumineuses que de coutume, étaient extrêmement dures et bosselées. Le canal déférent divisé nous a présenté de la matière tuberculeuse dans tous les points altérés. Cette matière tuberculeuse n'avait pas partout la même consistance, et adhérait plus ou moins fortement aux parois. Les vésicules séminales étaient transformées en cellules tuberculeuses creusées de petites arrière-cavités; les conduits éjaculateurs étaient également remplis de matière tuberculeuse, qui les distendait comme l'aurait fait une injection solide : la prostate contenait dans son épaisseur un grand nombre de tubercules creux à leur centre (*).

Rien de plus facile à différencier que les maladies de l'épididyme et celles du corps du testicule. J'attache à ce diagnostic différentiel une importance extrême, puisque je regarde l'extirpation comme généralement indispensable dans les maladies du corps du testicule, tandis que les maladies de l'épididyme me paraissent le plus souvent marquées au coin de la curabilité. L'observation suivante est une preuve de ce qu'on peut obtenir avec de la persévérance dans le traitement des maladies de l'épididyme.

M. S..., âgé de vingt-cinq ans, me fait appeler en avril 1821 pour une inflammation du testicule qu'il a depuis quelques jours. J'examine et je trouve un engorgement douloureux de l'épididyme. Le corps du testicule est parfaitement sain; point de causes probables de cette maladie; ni excès, ni efforts, ni maladie syphilitique; des douleurs vives avaient précédé pendant plusieurs jours. J'espérais que des sangsues, des bains, des cataplasmes, le repos au lit suffiraient pour dissiper cette inflammation de l'épididyme; point du tout : un mois, deux mois se passent; et, malgré l'emploi de tous les antiphlogistiques imaginables, malgré le régime le plus sévère et la position horizontale, l'engorgement s'étend peu à peu de l'épididyme au corps du testicule qui devient bosselé sans augmenter précisément de volume. — Frictions mercurielles, emplâtres de Vigo. — Dans le courant du quatrième mois, deux points fluctuans se manifestent, l'un à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure de la tumeur. Une ouverture pratiquée avec le bistouri donne issue à un pus épais, comme tuberculeux; mais ces petits abcès paraissent indépendans du corps de la tumeur et le produit de l'irritation exercée sur les enveloppes par les topiques. Le défaut de succès de tous les

(*) Cette pièce, recueillie à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Lerminier, m'a été présentée par M. Costollat, élève interne.

moyens employés ne me fait pas perdre l'espérance de la guérison; et bien que d'autres praticiens consultés soient de l'avis de l'extirpation, j'engageai le malade à attendre encore. Je pensais en effet que nous avions affaire à un sarcocèle épididymaire avec matière tuberculeuse infiltrée, et je me fondais 1° sur le mode d'invasion de la maladie qui avait attaqué d'abord l'épididyme, 2° sur le mode subaigu du travail morbide, mode qui a ordinairement pour résultat la formation d'une matière tuberculeuse, laquelle se dépose dans les mailles du tissu, et me paraît susceptible de résolution. Je fais saupoudrer les emplâtres fondans d'hydrochlorate d'ammoniaque en poudre. Aux frictions mercurielles je substitue des frictions avec une pommade dans laquelle il entrait de l'éponge calcinée; je suspendais tous ces moyens, quand il y avait de l'irritation et de la douleur, pour revenir aux cataplasmes émolliens, aux bains et à quelques sangsues. J'étais devenu très-avare des sangsues, parce que le malade, excessivement nerveux, y répugnait beaucoup, et qu'à chaque application il était pris d'une fièvre et d'un malaise qui duraient plusieurs jours. Au bout de huit mois, je n'avais encore rien obtenu. Tout-à-coup, le 5 janvier 1822, sans cause connue, frisson suivi de chaleur; douleur très-vive au testicule, au cordon et jusque dans la région des reins; le testicule a doublé de volume; il est excessivement douloureux; on dirait d'un individu qui a subi l'opération de l'hydrocèle par injection. (Bains, cataplasmes émolliens, boissons abondantes.) Des sangsues avaient été appliquées trois jours auparavant. L'excessive répugnance du malade pour les émissions sanguines me fait hésiter à les employer de nouveau; j'espère d'ailleurs que cette mutation d'irritation, que cette inflammation bien franche sera d'un bon augure, provoquera la résolution ou amènera la fonte purulente de l'organe. La fièvre et la douleur augmentent les jours suivans. Le testicule et le cordon sont énormes; la région des reins, l'articulation coxo-fémorale et surtout celle du genou sont excessivement douloureuses. Quelques ganglions de l'aine sont engorgés. Le 12 janvier, sueurs abondantes, commencement de détente. Le 20, le testicule et le cordon ont, à peu de chose près, le volume qu'ils avaient avant l'inflammation. Je reconnais la dureté pierreuse et les bosselures qui, avant l'inflammation, caractérisaient la tumeur. Enfin, après dix-huit mois de soins assidus, après avoir proposé plusieurs fois l'extirpation au malade qui l'a rejetée, après avoir passé alternativement des excitans extérieurs aux émolliens, après avoir essayé et abandonné plusieurs fois et les purgatifs qui fatiguaient horriblement le malade, et l'éponge calcinée à l'intérieur, et le calomélas; après avoir expérimenté tour à tour les topiques de ciguë, les emplâtres dans lesquels entraient le cuivre, le plomb, le sous-carbonate de potasse, après deux nouvelles inflammations du testicule moins considérables que celle que je viens de signaler, le malade a guéri parfaitement avec un testicule atrophié, et sa guérison est solide, car elle date de sept ans.

On dira peut-être que l'extirpation est préférable à une guérison achetée au prix de tant d'accidens de toute espèce, guérison qui, au fond, n'est qu'une atrophie. Mais extirper n'est pas guérir, et ce serait le but idéal de l'art que de pouvoir obtenir l'atrophie des portions d'organes ou des organes tuberculeux et cancéreux. Or, je pense que dans l'état actuel de la science, les infiltrations de matière tuberculeuse dans l'épididyme et même dans le corps du testicule, ne sont pas des raisons suffisantes pour l'extirpation.

Les figures 3 et 3′ représentent un testicule extirpé à la Maison royale de Santé par M. Paul Dubois. La figure 3 donne exactement la forme régulière et sphéroïde et le volume du testicule et de l'épididyme; des vaisseaux nombreux serpentent au-dessous de la tunique albuginée. La figure 3′ est une coupe de ce même testicule. Une tumeur cancéreuse, parfaitement circonscrite, enkystée, forme les cinq sixièmes supérieurs de la tumeur. Le tissu propre du testicule SS, refoulé en bas et sur les côtés, conserve encore tous ses caractères. Il m'a été extrêmement facile d'enlever la tumeur cancéreuse par énucléation; la substance du testicule n'avait point encore subi les transformations successives que l'on observe après une forte compression. L'épididyme et le cordon des vaisseaux spermatiques sont dans l'état le plus parfait d'intégrité.

Dans des cas semblables ne pourrait-on pas extirper la tumeur en laissant intact le testicule lui-même? Oui, sans doute, s'il était possible d'établir un diagnostic différentiel entre le cancer

enkysté et le cancer infiltré : mais la chose est absolument impossible. D'ailleurs il y aurait bien peu d'avantage à conserver un organe ainsi mutilé, et les chances de repullulation seraient infiniment plus grandes. On lira peut-être avec quelque intérêt l'observation suivante qui se rapporte parfaitement au cas actuel, et qui montre dans tout leur jour les inconvéniens de ces extirpations partielles.

Je fus consulté par M. C... pour un engorgement qu'il portait au testicule droit depuis dix-huit mois environ. L'organe avait doublé de volume, l'état général était excellent. Plusieurs praticiens consultés sont d'un avis différent sur la nature de la tumeur. La plupart penchent pour une hydrocèle; ils se fondaient sur l'indolence de la tumeur, sur sa légèreté, sur sa forme ovoïde, sans bosselures, sur sa mollesse, sur le défaut absolu de douleur. J'eus recours au signe pathognomonique de l'hydrocèle, et je découvris un peu de transparence à la partie supérieure; tout le reste était opaque. J'en conclus qu'il n'y avait dans cette tumeur qu'une très-petite quantité de liquide, et j'affirmai que la maladie avait son siége dans le corps même du testicule, sans pouvoir rien statuer sur sa nature. Le malade avait un rétrécissement du canal de l'urètre; il avait eu plusieurs syphilis incomplètement traitées; l'une de ces deux causes pouvait avoir amené la maladie du testicule. Il est décidé qu'on commencera par détruire le rétrécissement; que si la maladie du testicule persiste après le rétablissement du cours des urines, nous aurons recours immédiatement au traitement anti-syphilitique, et que l'extirpation ne sera pratiquée qu'après avoir inutilement employé les moyens les plus rationnels. Le rétrécissement est vaincu à l'aide de bougies à demeure dont j'augmente graduellement le calibre. Un écoulement très-abondant, puriforme, a lieu pendant tout le temps du séjour des bougies ; mais point de changement dans le testicule. Alors traitement anti-syphilitique, qui consiste dans des frictions mercurielles alternées avec la liqueur et dans une forte décoction de salsepareille. État stationnaire ; des sangsues à plusieurs reprises, des cataplasmes émolliens long-temps continués ayant été sans aucun résultat; nous avons recours aux frictions avec l'hydriodate de potasse et à l'iode pris à l'intérieur. Une fluctuation aussi manifeste que possible se déclare à la partie antérieure de la tumeur; cette fluctuation s'étend, s'acumine. Je crus à la formation d'un abcès, d'autant mieux que, dans un cas semblable, j'avais observé une terminaison par suppuration. La peau commence à rougir ; je me décide à ouvrir cet abcès prétendu. Par une première incision, la peau est incisée dans l'étendue d'un pouce; je fais ensuite une ponction exploratrice de cinq à six lignes de profondeur à l'aide d'un bistouri; il ne s'écoule que du sang. J'agrandis l'ouverture; j'exerce une légère compression sur la tumeur : il s'échappe au milieu d'une grande quantité de sang noir une matière rougeâtre, granulée, vasculaire, que je pris d'abord pour du sang coagulé ou altéré, mais que je reconnus bientôt pour de la matière encéphaloïde. J'agrandis et l'incision de la peau et celle de la tumeur; mon doigt, introduit dans le fond de la plaie, reconnaît une poche à parois fibreuses contenant une très-grande quantité de matière encéphaloïde que j'amène par fragmens. J'aurais probablement emporté le testicule (qui, par l'effet de la contraction spasmodique du dartos, s'était de lui-même échappé du scrotum) sans l'extrême susceptibilité du malade qui redoutait excessivement cette ablation et qui n'y était nullement préparé. Tout en réfléchissant aux conséquences de cette opération, je vidai complètement la poche, et je pus voir à l'œil et toucher au doigt une vaste cavité à parois fibreuses, très-dures, un véritable kyste fibreux qui circonscrivait exactement la tumeur. Je pensai que j'avais affaire à une masse encéphaloïde enkystée. Peut-être cette masse était-elle développée dans la cavité de la tunique vaginale que je n'avais pas rencontrée dans mes incisions successives et qui était certainement oblitérée, si elle n'était pas le siége de la maladie. J'étais confirmé dans mon opinion par la consistance molle et naturelle de ce qui restait du testicule après l'ablation de la tumeur, par son volume qui ne dépassait pas le volume ordinaire. Je cherchai l'épididyme que je trouvai intact. Je pensai donc qu'il convenait de respecter le testicule, de déterminer une inflammation des parois de la poche, et je pus espérer, par cette opération insolite, la conservation de l'organe. En conséquence, des boulettes de charpie furent introduites dans la cavité. Au bout de douze heures, la fièvre se déclare; le testicule acquiert un volume considérable. Cinq

jours après, la charpie est détachée par une suppuration fétide; des injections légèrement aromatiques sont pratiquées dans la poche qui se rétrécit chaque jour : le testicule diminue de volume; et le vingt-cinquième jour la cicatrisation est complète.

Cependant le testicule conserve plus de volume que dans l'état naturel. Au bout d'un mois et demi à deux mois, point de diminution. Nous essayons l'iode sous toutes les formes et à doses toujours croissantes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur : des vomissemens que provoque cette préparation nous empêchent de la continuer. Quatre mois après, la tumeur augmente sensiblement de volume; elle double dans l'espace de trois semaines. La face prend un aspect jaunâtre; l'appétit diminue; des douleurs existent à la région fessière du côté malade. Le malade marche tout courbé, et reste au lit la plus grande partie du jour. Il est évident qu'un travail intérieur a lieu dans la tumeur; l'extirpation du testicule est urgente : le malade s'y décide avec peine. Voici quel était l'état de l'organe : son volume est double de celui qu'il présentait lors de la première opération. A la partie antérieure, fluctuation extrêmement manifeste; d'ailleurs, point de douleurs, point d'élancemens; la tumeur ne paraît incommoder que par son poids. L'expérience acquise dans la précédente opération me prouvait assez que j'avais affaire à un cancer encéphaloïde : le cordon était sain; point d'engorgement manifeste des ganglions lombaires ou iliaques : la douleur fessière, qui s'étendait jusqu'aux lombes, pouvait seule donner quelque inquiétude; mais elle était probablement sympathique. L'opération n'a présenté de remarquable que l'excessive adhérence de la peau aux parties subjacentes, en sorte qu'au lieu d'une énucléation facile, comme cela a lieu le plus souvent, il a été nécessaire de disséquer péniblement la peau dans une bonne partie de son étendue. Il n'est pas besoin de dire que la cicatrice de la première opération a été cernée entre deux incisions semi-elliptiques. Dans un cas semblable, j'enlèverais une plus grande quantité de peau et je m'éloignerais davantage de la cicatrice. J'ai pu m'assurer que la rétraction du cordon immédiatement après sa section était tout-à-fait imaginaire.

Examen de la tumeur. L'épididyme et, à plus forte raison, le canal déférent étaient parfaitement sains. L'épididyme avait subi un allongement remarquable en même temps qu'il semblait atrophié. J'ai estimé sa longueur au double de l'état naturel.

La cicatrice déprimée de la peau adhérait au testicule à l'aide d'un tissu fibreux très-dense. Cette cicatrice m'a conduit dans une poche située dans l'épaisseur du testicule, poche dont les parois étaient denses, fibreuses, à fibres entrecroisées sous toutes sortes de directions et parcourues par un grand nombre de vaisseaux; une couleur brun-jaunâtre indiquait qu'il y avait eu là du sang extravasé comme dans les foyers apoplectiques. La matière contenue était pultacée, semblable à du sang à moitié décomposé, à moitié décoloré, mais sans odeur. Était-ce un tissu encéphaloïde altéré? La substance du testicule, refoulée à la partie supérieure de la poche, se moulait sur elle; la couche la plus superficielle était facile à reconnaître, et pouvait se décomposer en longs filamens jaunâtres. Une couche plus profonde était infiltrée de sérosité, mais encore reconnaissable; enfin la couche la plus profonde, celle qui touchait immédiatement les parois de la poche indiquée, était grisâtre, lobulée, partie pénétrée de vaisseaux sanguins, partie complètement exsangue. Les deux feuillets de la tunique vaginale adhéraient entre eux au moyen de plusieurs couches pseudo-membraneuses parsemées de vaisseaux sanguins et de plaques de sang. Du reste, la cicatrice s'est faite lentement, et le renversement des bords de la peau en dedans a paru retarder la guérison, qui n'a été complète qu'au bout de deux mois.

Il y a vingt-huit mois que cette opération a été pratiquée, et le malade jouit de la santé la plus florissante.

Ainsi l'extirpation de la tumeur encéphaloïde avait été complète dans la première opération; il est probable que le malade aurait conservé le testicule s'il avait été possible d'extirper le kyste fibreux qui contenait comme le germe d'une nouvelle production cancéreuse; mais, ainsi qu'on l'a vu, la substance du testicule était moulée sur la poche, à laquelle elle adhérait intimement, et avait déjà subi en partie cette infiltration séreuse qui précède la con-

version des canaux séminifères en cellulosité. Ne pourrait-on pas conseiller comme règle générale d'inciser longitudinalement le testicule avant d'en pratiquer l'amputation? L'examen de la tumeur a démontré que, dans le cas actuel, il n'est pas certain qu'il y ait eu repullulation de la tumeur, mais que plus probablement l'accroissement considérable qu'elle avait acquis tenait à l'épanchement d'une certaine quantité de sang qui avait subi diverses altérations.

Ainsi le cancer du testicule, comme d'ailleurs les cancers de tous les autres organes, se divise en deux classes : 1° en ceux dans lesquels la matière cancéreuse est déposée dans un seul point de l'organe ; 2° en ceux dans lesquels la matière cancéreuse est déposée çà et là dans divers points de l'organe. On dit alors que la matière cancéreuse est infiltrée. Dans les deux cas, le tissu propre est parfaitement sain dans le principe, et se reconnaît à ses caractères accoutumés ; mais à mesure que la matière cancéreuse s'accumule en plus grande quantité, la compression exercée sur la substance testiculaire d'une part, d'autre part la fluxion séreuse, suite de l'irritation de cette substance, entraînent la décoloration, l'atrophie et la disparution plus ou moins complète de la substance du testicule lui-même. Or, il est extrêmement rare que la matière cancéreuse soit infiltrée çà et là dans l'épaisseur du testicule ; presque toujours elle est déposée dans un point de l'organe ; et si on cherche bien, on trouvera le tissu propre du testicule plus ou moins altéré, refoulé vers la circonférence, tantôt ramassé dans un seul point, tantôt disséminé sur une large surface.

Sarcocèle épididymaire. Epididyme fongueux et tuberculeux ; testicule parfaitement sain (fig. 4 et 4′).

Les figures 4 et 4′ représentent un testicule extirpé par M. le barron Larrey, qui voudra bien trouver ici l'expression de ma gratitude pour la bienveillance et le zèle qu'il met à m'adresser les pièces pathologiques qu'il a occasion d'observer. La figure 4 montre le testicule doublé de volume ; la tunique vaginale, parsemée d'un grand nombre de vaisseaux sanguins et adhérente à elle-même par des liens celluleux très-denses AC. TE est une tumeur formée par l'épididyme. Cette tumeur adhérait intimement aux parties voisines.

La figure 4′ représente le testicule et l'épididyme incisés longitudinalement dans toute leur épaisseur, du bord convexe vers le bord épididymaire. On voit que la substance propre du testicule SS est parfaitement saine ; mais que l'épididyme a un volume énorme, forme à lui seul les trois quarts de la tumeur testiculaire, et présente à la fois un aspect fongueux et tuberculeux. Je ne puis mieux comparer cet état qu'à celui des synoviales et des ligamens articulaires dans les tumeurs blanches. Du reste, le canal déférent est parfaitement sain. Cette maladie était d'ailleurs, comme la plupart des infiltrations tuberculeuses de l'épididyme, une suite de la maladie vénérienne. L'extirpation était évidemment le seul moyen convenable. Elle a été pratiquée, et le malade a très-bien guéri.

Si l'extirpation des sarcocèles cancéreux est très-fréquemment suivie de récidive ou plutôt de la formation de tumeurs cancéreuses dans d'autres points de l'économie, il n'en est pas de même des sarcocèles tuberculeux ; les premiers affectent surtout le corps du testicule ; les seconds ont presque toujours leur siége dans l'épididyme ; ceux-là sont ordinairement spontanés ; ceux-ci reconnaissent le plus souvent pour cause, soit une maladie vénérienne, soit une constitution scrophuleuse, soit une contusion. Les sarcocèles cancéreux sont incurables dans l'état actuel de la science ; les sarcocèles tuberculeux sont curables. De là, la divergence d'opinions qui existe entre les divers praticiens sous le point de vue des chances de succès de l'ablation du testicule. Ceux qui amputent un grand nombre de testicules tuberculeux disent obtenir des succès presque constans ; ceux qui n'amputent que les sarcocèles cancéreux disent avoir de nombreux revers, la maladie cancéreuse se manifestant dans d'autres points de l'économie. Ces derniers ne font pour ainsi dire qu'en désespoir de cause l'opération du sarcocèle.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

Vices de conformation.—Utérus bifides et cloisonnés.

(PLANCHE V, IV^e LIVRAISON.)

Cette planche réunit les principales variétés connues d'utérus bifides et biloculaires.

Figure 1. *Utérus bifide dans son corps, cloisonné dans son col; vagin double.* — Cette figure représente un utérus soumis à la Société anatomique par M. Bérard jeune, qui le rencontra par hasard sur une femme de la Salpêtrière, âgée de cinquante-six ans, morte dans le service de l'infirmerie des aliénées. Le corps est divisé en deux cornes DD, DG, à la manière de l'utérus du plus grand nombre des mammifères; à chacune de ces cornes répondent un ligament large LL, un ligament rond LR, une trompe T et un ovaire O. Plusieurs tumeurs fibreuses TF, TF, développées çà et là dans l'épaisseur de l'utérus, donnent à la surface extérieure de cet organe un aspect bosselé et irrégulier.

A l'extérieur, le col COL ne présente d'autre trace de division qu'une dépression médiane longitudinale; mais il existe deux museaux de tanche O, O, inégaux pour les dimensions, et l'incision du col de chaque côté de la ligne médiane démontre deux cavités bien distinctes, dont chacune communique avec la moitié du corps qui lui correspond. Le vagin V est double. La cloison intermédiaire CC est formée par deux membranes adossées dans chacune desquelles on reconnaît toute l'épaisseur des parois du vagin, unies entre elles au moyen d'un tissu cellulaire lâche qui permet leur glissement facile. Cette cloison se continue tout le long du vagin jusqu'à son orifice, en sorte qu'en écartant les grandes lèvres, on voit deux orifices circulaires séparés l'un de l'autre par une crête antéro-postérieure très-épaisse et entourés de quelques caroncules, débris probables d'un double hymen.

Voici les renseignemens qui ont pu être recueillis au sujet de cette femme : mariée trois fois, elle n'avait eu qu'un seul enfant à l'âge de dix-neuf ans. L'enfant vint à terme et mourut en naissant. L'accouchement avait été très-laborieux.

Ce cas offre beaucoup de rapport avec celui qu'on trouve représenté dans les planches de Boehmer (*). D'un col simple en apparence, part de chaque côté un corps cylindrique horizontal auquel sont attachés un ligament rond, une trompe et un ovaire. Il y avait également deux cols accolés, deux petits museaux de tanche, deux vagins. Cette observation de Boehmer, dans laquelle la division paraît plus considérable encore que dans le cas représenté figure 1, conduit à celui de M. Cassan (fig. 3), où l'on voit la division pénétrer jusqu'à l'orifice vaginal de l'utérus.

Fig. 2 et 2′ *Utérus bifide dans son corps, col et vagin dans l'état normal.* — Ces figures offrent un utérus bifide dans son corps, dont les deux moitiés aboutissaient à un col et à un vagin communs et dans l'état normal. Le sujet de cette observation est une femme âgée de vingt-six ans, accouchée depuis six semaines d'un enfant viable : cette femme entra à l'Hôtel-Dieu pour une gangrène spontanée du pied et de la moitié inférieure de la jambe du même côté (je n'ai pas noté lequel). Le pouls était insensible à l'une et à l'autre artères radiales. La malade succomba au bout de six jours. A l'ouverture, on trouva l'artère iliaque primitive et ses divisions (du côté du membre gangrené) oblitérées par des concrétions sanguines à la manière de ce qui a lieu dans l'artérite. Les artères radiales n'existaient point; elles étaient remplacées par les interosseuses.

(*) Boehmer, Observat. anatomic. rariores obs. V. De utero humano bifido et bicorni cum vaginâ duplici.

Le corps de l'utérus (fig. 2) est bifide. La division gauche DG est très-considérable et présente tous les caractères extérieurs de l'utérus d'une femme récemment accouchée; la division droite DD est très-petite et présente tous les caractères extérieurs d'un utérus étranger au travail de la grossesse. A chacune d'elles sont attachés un ovaire O, une trompe T, un ligament rond LR et un ligament large. L'ovaire et la trompe sont également développés des deux côtés; mais le ligament rond l'est beaucoup plus à gauche. Les veines qui rampent dans l'épaisseur du ligament large gauche sont très-volumineuses, plusieurs remplies de concrétions sanguines en partie décolorées.

Les ovaires sont mous, spongieux, pénétrés de sérosité et de vaisseaux sanguins. Petits ovules çà et là. Quelques cicatricules noirâtres. Il n'y a qu'un col COL, un orifice ou museau de tanche O; il n'y a également qu'un vagin V.

Le corps et le col de l'utérus divisés (fig. 2′ demi-grandeur), j'ai vu que le col était unique. L'épaisseur, la mollesse des parois, et la capacité de la division gauche DG contrastaient avec la densité, le peu d'épaisseur des parois et la petite cavité de la division droite DD.

Les deux cavités CC du corps venaient aboutir à la cavité unique C du col.

Ce fait prouve, contrairement à l'assertion de quelques auteurs, que les deux lobes de l'utérus bifide ne ne sont pas nécessairement solidaires, et que le lobe vide ne prend pas toujours un développement proportionnel à celui du lobe qui contient le produit de la conception.

Fig. 3. *Utérus bifide dans son corps et dans son col, double vagin.* — Ce cas (demi-grandeur) a été décrit et figuré par le docteur Cassan (*). L'utérus était bifide dans son corps et dans son col; un repli du péritoine analogue au ligament suspenseur du foie, tendu comme lui, contenant l'ouraque dans son bord antérieur, et composé de deux feuillets adossés, se portait de la face postérieure de la vessie à la face antérieure du rectum et faisait cloison entre les deux moitiés de l'utérus. Chacune des moitiés ou lobes de l'utérus avait à peu de chose près le volume d'un utérus ordinaire. Les deux cavités étaient parfaitement distinctes. On peut voir la cavité CC du lobe droit DD. Du reste, à chaque lobe répondent un ovaire, une trompe, un ligament rond et un ligament large. Chaque ovaire est surmonté par un kyste du volume d'un œuf de pigeon, à parois transparentes, et rempli par un liquide visqueux. Il y a réellement deux vagins adossés dans la plus grande partie de leur étendue. La cloison s'arrête à un pouce au-dessus de l'orifice inférieur du vagin, tandis que dans le cas représenté figure 1, de même que dans celui de Boehmer, la cloison s'étendait jusqu'à cet orifice lui-même.

Fig. 4. *Utérus cloisonné, double vagin.* — L'exemple le plus remarquable est celui qui a été décrit et représenté par Eisenmann (**) et qu'a reproduit M. Lauth fils (***). Une jeune fille de dix-neuf ans mourut à l'Hôtel-Dieu de Strasbourg, en janvier 1751. Son corps ayant été transporté à l'amphithéâtre de dissection, Eisenman vit deux orifices au vagin : chaque ouverture elliptique, d'un égal diamètre, était pourvue d'un hymen bien conformé. Le bord supérieur ou le fond, la face antérieure et la face postérieure de l'utérus (fig. 4) sont séparés en deux parties parfaitement égales par une dépression ou rainure superficielle qui règne sur toute la ligne médiane et se prolonge le long du vagin.

A cette dépression extérieure répondait une cloison qui paraissait formée par l'adossement des parois de deux utérus. Le vagin était également double; sa surface interne hérissée de rides transversales. La cloison était formée par l'adossement de deux parois correspondantes unies au moyen d'un tissu cellulaire lâche. Il n'existait qu'un ligament rond, un ovaire et une trompe pour chaque moitié d'utérus.

Eisenmann conclut de ce fait qu'il peut exister deux utérus et deux vagins chez le même sujet; mais bien que le volume de l'utérus représenté figure 4 surpasse celui d'un utérus ordinaire, bien que les ovaires plus volumineux soient séparés en deux parties par un rétrécissement circulaire, par cela seul qu'il

(*) Recherches anatom. et phys. sur les cas d'utérus double et de superfétation. Paris, 1826, in-8., fig.
(**) Quatuor tabulæ anatomicæ uteri duplicis observationem rariorem sistentes. Argent., 1752.
(***) Répertoire général rédigé par M. Breschet, tome V, 1828, page 100.

n'y a que deux ovaires, deux trompes et deux ligamens ronds, nous sommes fondés à conclure qu'il n'y a ici, comme dans les cas précédens, qu'une matrice divisée.

Fig. 5. *Utérus cloisonné dans son corps seulement, col et vagin dans l'état normal.* — Cet utérus a été successivement figuré d'après nature par Grauel (*), Eisenmann (**) et M. Lauth fils. A l'extérieur, il n'offrait rien de particulier; mais son corps était divisé en deux parties égales par une cloison qui s'arrêtait juste au col. Ce dernier, d'après M. Lauth, présente des traces de cette division dans deux crêtes qui existent l'une le long de la paroi postérieure, l'autre le long de la paroi antérieure. Ces crêtes n'ont point été indiquées par Eisenmann dont nous avons reproduit la figure.

Fig. 6. *Utérus biloculaire.* — Cette figure représente un utérus biloculaire d'une espèce toute particulière (***) : la cavité du col, dilatée, communique avec celle du corps par une ouverture étroite. L'orifice vaginal de l'utérus, extrêmement rétréci, admet à peine un stylet et conduit dans la cavité du col, qui contenait une assez grande quantité de mucosité. Le sujet de cette observation était une femme âgée de trente-six ans, qui mourut d'une pleuro-pneumonie aiguë. Je suis porté à penser que cette disposition était accidentelle; le rétrécissement et même l'oblitération soit de l'orifice vaginal de l'utérus, soit de l'orifice de communication du corps avec le col sont extrêmement fréquens. J'aurai occasion d'en rapporter plusieurs exemples.

RÉFLEXIONS ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES UTÉRUS BIFIDES ET CLOISONNÉS.

Il n'est peut-être aucun vice de conformation qui confirme plus pleinement les lois d'organogénésie proclamées par les anatomistes modernes, que celui dont je viens de réunir les espèces principales.

La loi de l'unité de composition organique de M. Geoffroy Saint-Hilaire (****), la loi de symétrie et de conjugaison de M. Serres, s'appliquent ici dans toute leur rigueur. L'utérus, dans l'espèce humaine, parcourt pendant la vie fœtale une série de transformations successives, dont chacune représente l'état permanent des espèces inférieures. Un de ces états est la séparation complète des deux moitiés du corps, du col et du vagin (ovipares, marsupiaux); un autre est la séparation incomplète, les deux moitiés du corps étant seules distinctes (la plupart des mammifères). Devant ces grandes considérations, le merveilleux apparent de ces faits disparaît, et bien loin de les regarder comme des exemples de duplicité, de surabondance d'organes, on accusera une imperfection d'organisation, un trouble quelconque dans le travail de formation qui n'a pas permis la conjugaison des deux moitiés de l'utérus, par un mécanisme tout-à-fait semblable à la division de la lèvre supérieure dans le bec-de-lièvre : on conçoit d'ailleurs aisément que, suivant telle ou telle circonstance, les deux moitiés séparément cicatrisées pourront rester complètement isolées, ou réunies au moyen d'un tissu cellulaire plus ou moins dense, en sorte que le cloisonnement et la bifidité sont au fond identiques. Toutefois je ne pense pas qu'il y ait défaut, absence des parties situées sur la ligne médiane; car, dans tous les faits connus, les deux lobes utérins réunis formaient un tout plus considérable qu'un utérus ordinaire, d'où, sans doute, l'erreur de ceux qui ont admis une double matrice.

Du reste la série de figures représentées planche v établit pour ainsi dire le passage entre les utérus normaux et les utérus bifides.

Dans la figure 5, l'utérus est seulement cloisonné dans son corps; il y a vestige de cloison dans le col.

(*) De superfetatione. Halleri Dissertationes, tome V, page 359.

(**) Tabulæ anatomicæ. Argent., 1752, planche I, figure 1.

(***) Observé par M. Martin, membre de la Société anatomique. La tumeur sphéroïde qui est à gauche de l'utérus est un corps fibreux; un petit polype muqueux naît du fond du corps de l'utérus.

(****) Philosophie anatomique. Paris, 1818-1823, 2 vol. in-8°.

Dans la figure 4, il n'y a qu'un utérus; mais une dépression à l'extérieur et une cloison épaisse à l'intérieur qui se prolonge le long du vagin établissent la bifidité.

Dans les figures 2 et 2′, il y a bifidité de l'utérus dans son corps seulement; le col et le vagin sont simples à l'intérieur comme à l'extérieur.

Dans la figure 1, il y a bifidité dans le corps seulement; mais la bifidité se prolonge en quelque sorte jusqu'à l'orifice du vagin par une cloison qui résulte de l'adossement des deux moitiés du col utérin et du vagin.

Enfin, dans la figure 3, la bifidité occupe le corps et le col.

Quelques conséquences physiologiques découlent immédiatement de ces faits : 1° les femmes à utérus bifide ou cloisonné sont aptes à la génération. Non-seulement elles sont capables de conception, mais le fœtus peut parcourir dans une moitié d'utérus toutes les phases de son développement. Le raisonnement seul prouverait cette vérité; car si l'ovaire, les trompes utérines et le péritoine lui-même, par cela seul que l'œuf fécondé vient s'y greffer, acquièrent une vascularité telle qu'ils permettent quelquefois au fœtus d'arriver au terme de son accroissement, à combien plus forte raison la moitié d'un utérus (lequel est organisé de manière à devenir, sous l'influence du stimulus de l'œuf, une poche érectile et contractile, dont l'accroissement est en quelque sorte sans limites); à combien plus forte raison, dis-je, la moitié d'un utérus suffira-t-elle au développement du fœtus. Le cas représenté fig. 2 et 2′ le prouve d'une manière évidente. La femme qui en fait le sujet était, m'a-t-on assuré, accouchée d'un enfant vivant et viable. Chaussier présenta à la Société de la Faculté de Médecine (*) l'utérus d'une femme morte des suites d'un dixième accouchement. Cet utérus était incomplet; il ne consistait, pour ainsi dire, que dans sa moitié droite, avec une seule trompe et un seul ovaire. Dans un cas d'utérus bilobé, publié par M. Ollivier (**), la femme qui était accouchée quatre fois sans accidens, succomba à son cinquième accouchement par l'effet de la rupture du lobe utérin droit qui contenait le fœtus. Les deux lobes réunis par leur sommet s'ouvraient chacun séparément par un orifice distinct dans un vagin unique.

Nous avons vu (figure 2 et 2′) que la moitié d'utérus vide n'avait en aucune manière participé au développement de l'autre moitié. Ce fait est en opposition avec d'autres faits qui constatent une sorte de solidarité entre les deux lobes. Le fait précité de Chaussier vient encore à l'appui de cette observation; car, d'après cet exact et judicieux observateur, l'utérus était pour ainsi dire réduit à sa moitié droite. Donc la moitié gauche n'avait pas participé à l'ampliation du côté droit.

Ce vice de conformation, la bifidité et le cloisonnement de l'utérus et du vagin, explique des faits singuliers dont on rapporte quelques exemples. Deux accoucheurs également distingués, appelés auprès d'une femme en mal d'enfant, soutiennent, l'un que l'accouchement est sur le point de se faire; l'autre, que l'orifice de l'utérus est dans le même état où il se trouve chez une vierge. Un nouvel examen ne tarda pas à apprendre qu'il y avait deux vagins et deux cols utérins.

Sous le rapport de la médecine légale, ce vice de conformation explique la possibilité de la superfétation sans grossesse extra-utérine, superfétation qui a si souvent été confondue avec une grossesse double dans laquelle l'un des jumeaux est ou incomplètement développé ou expulsé avant son frère, ou mort plus ou moins long-temps avant l'accouchement.

Les figures 2 et 2′, en nous montrant la division gauche remplie seule par le produit de la conception, tandis que la division droite est complètement vide et pour ainsi dire disponible, nous donnent la clef de la superfétation; à plus forte raison la superfétation est-elle facile dans le cas de double vagin et de double col utérin.

(*) Bulletins de la Société de la Faculté de médecine, 1817, page 437.

(**) Archives de médecine, 1825.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

Déplacements (Pl. V, XVI^e^ livraison).

Cette planche a pour objet un cas de chute ou prolapsus de l'utérus que j'ai observé à la Salpêtrière sur une femme âgée de 75 ans.

Fig. 1. Tumeur vue de face formée par le vagin renversé V R. Cette tumeur, qui est cylindrique, présente à son extrémité inférieure la fente transversale M T du museau de tanche. Cette fente est déprimée à sa partie moyenne par une petite tumeur qui n'est autre chose qu'un follicule très développé : en arrière du museau de tanche se voit une escarre superficielle : la surface de la tumeur était sèche, d'une couleur blanc rosé, recouverte d'un épiderme uniformément épais, et nullement disposé par plaques irrégulières.

L'extrémité supérieure de la tumeur se continue sans rainure circulaire avec la face interne des grandes et des petites lèvres, etc.; le renversement du vagin est donc aussi complet que possible.

A la partie supérieure et antérieure de la tumeur, méat urinaire M U, infundibuliforme, disposition que nous verrons s'expliquer par le déplacement du bas-fond de la vessie et le tiraillement qu'a dû subir le canal de l'urètre.

Un stylet introduit dans cet orifice s'est dirigé en bas; son extrémité a soulevé la paroi antérieure de la tumeur, en sorte qu'on aurait pu penser que la vessie tout entière était contenue dans l'épaisseur de cette tumeur.

Au-dessous du méat urinaire, tubercules disposés régulièrement, suivant des lignes parallèles. Ces tubercules appartiennent à l'entrée du vagin.

Fig. 2. La fig. 2 représente la vessie, le rectum, l'utérus et ses annexes vus par l'intérieur du bassin. Le corps du pubis et la branche ascendante de l'ischion ont été sciés de chaque côté de la symphyse.

La vessie volumineuse déborde le détroit supérieur.

Son bas-fond, et peut-être une partie de sa paroi postérieure, ont été entraînés par l'utérus et le vagin déplacés, et forment un cul-de-sac très profond qui se trouve faire partie de la tumeur.

L'orifice vésical O V n'occupe pas, comme de coutume, la partie inférieure de la paroi antérieure de la vessie, mais se trouve placé à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de cette paroi.

Les orifices des uretères O U, O U l'avoisinent. Le trigone vésical est donc effacé.

Le rectum R, distendu par des matières fécales, n'avait subi aucun déplacement.

Entre la vessie et le rectum, on voyait les deux angles supérieurs de l'utérus U, U disposés à la manière des cornes d'un utérus bifide. Cet aspect bifide tient à ce que cet organe était reployé sur lui-même suivant sa longueur d'avant en arrière; les trompes T,T naissent de ces angles; en avant se voient les ligaments ronds L R, L R; en arrière les ovaires O, O.

L'utérus et le bas-fond de la vessie étaient logés dans une grande cavité formée par le vagin renversé et tapissée par le péritoine. La partie de cette cavité comprise entre l'utérus et la vessie était moins profonde que celle comprise entre la vessie et le rectum. L'orifice de communication entre cette cavité de nouvelle formation et le péritoine était éminemment dilatable; plusieurs doigts pouvaient y être introduits facilement. La cavité elle-même était susceptible d'une grande dilatation. On ne conçoit pas comment les intestins n'entrent pas plus souvent dans la formation de pareilles tumeurs.

Fig. 3. La fig. 3 représente l'utérus réduit et vu par sa face postérieure : le vagin est ouvert par sa paroi postérieure.

L'utérus est remarquable, 1° par l'étendue de son diamètre vertical; 2° par le rétrécissement ou étranglement de sa partie moyenne; 3° par le développement de son corps et de la partie inférieure de son col; 4° par l'échancrure que présente son bord supérieur ou fond, échancrure qui est le résultat du plissement que ce fond avait subi.

Le tissu de l'utérus était ramolli, comme dans tous les cas où il est le siége d'une fluxion quelconque.

Le développement considérable de la partie du col proéminente dans le vagin MTT, qui, comme on le conçoit, occupait la partie inférieure de la tumeur, est dû à son ramollissement et à une grande quantité de sang qui pénétrait son tissu devenu spongieux.

C'est sur ce col qu'existait l'escarre superficielle dont j'ai parlé.

On doit s'étonner que le col utérin qui est si souvent le siége de dégénération cancéreuse, alors qu'il occupe sa situation normale, devienne si rarement malade dans le cas de prolapsus.

Réflexions. I. Pour donner une idée exacte du prolapsus de l'utérus et du mécanisme de sa formation, on peut supposer un fil attaché aux lèvres du museau de tanche et attiré fortement en bas. Par l'effet de cette traction, le vagin se renverse peu à peu sur lui-même à la manière d'un doigt de gant. Le prolapsus suppose donc une force qui pousse, un utérus qui cède, un vagin qui se prête au renversement. Or, dans aucune autre circonstance, ces conditions ne se trouvent réunies à un plus haut degré que dans les premiers jours qui suivent l'accouchement : l'utérus volumineux pèse de tout son poids sur l'orifice supérieur du vagin ; les ligaments utérins distendus n'imposent aucune limite au déplacement. L'extrémité supérieure du vagin forme un vaste cul-de-sac dans lequel peut aisément plonger l'utérus, et enfin les parois de ce canal ramollies et moins solidement unies aux parties voisines se laissent déprimer et renverser avec la plus grande facilité. Aussi est-ce dans ces circonstances qu'a lieu, quoique bien souvent inaperçu, le principe du prolapsus utérin; et une fois qu'a commencé le renversement du vagin, il suffit des causes les plus légères pour l'augmenter et le compléter. Les limites du renversement du vagin sont établies par l'aponévrose pelvienne, qui assujettit d'une manière fixe l'extrémité inférieure de ce conduit. Sans cette aponévrose, les grandes et les petites lèvres se dédoubleraient à la suite du vagin, au renversement duquel elles ne participent jamais.

II. Une des circonstances les plus remarquables du prolapsus utérin, c'est l'alongement que subit cet organe. Je l'ai constamment observé; il est parfaitement indiqué dans une figure publiée sur le même sujet par M. J. Cloquet (1).

Cet alongement porte principalement sur le point de réunion du corps avec le col; il est accompagné d'un rétrécissement très prononcé et même quelquefois plus considérable que dans le cas que j'ai fait représenter (*voy.* fig. 3). Il était si grand dans un autre cas de prolapsus, qu'attirant fortement l'utérus en haut, je le divisai en croyant empiéter sur le vagin. Quel ne fut pas mon étonnement en voyant que la section avait porté au bas d'une portion très rétrécie, et que le museau de tanche était à un pouce au-dessous.

L'alongement de l'utérus ne peut s'effectuer sans un ramollissement préalable, à l'aide duquel cet organe devient en quelque sorte ductile ; ce ramollissement peut être purement et simplement le résultat du tiraillement léger exercé sur l'utérus.

Quant aux limites de l'alongement, elles sont établies par celles du tiraillement auquel l'utérus est soumis. Ainsi, supposez que, d'une part, le corps de l'utérus soit retenu au-dessus du bassin, soit par une adhérence insurmontable, soit par une tumeur fibreuse trop volumineuse pour permettre son abaissement, et que, d'une autre part, les causes de prolapsus continuent à agir, vous aurez un alongement de six à sept pouces, ainsi qu'on le voit (XIII^e livr., pl. IV).

III. Le déplacement du bas-fond de la vessie est une conséquence nécessaire de l'intimité des adhérences qui unissent la vessie et le vagin. L'étendue de ce déplacement doit être proportionnelle à l'intimité de ces adhérences. On conçoit combien la rapidité ou la lenteur avec laquelle s'effectue le prolapsus, doit influer sur cette étendue : un prolapsus lentement opéré permet au tissu cellulaire qui unit le vagin et la vessie de s'alonger graduellement, tandis qu'un prolapsus rapide surprend la vessie avec ses adhérences intimes.

(1) *Pathologie chirurgicale ; Plan et Méthode qu'il convient de suivre dans l'enseignement de cette science ; Thèse du Concours.* Paris, 1831, in-4°, pl. VIII, fig. 3.

Dans un cas où le bas-fond de la vessie avait été entraîné tout entier avec le vagin, j'ai trouvé dans la portion déplacée un calcul volumineux taillé à facettes avec plusieurs petits graviers. Dans le fait rapporté par M. J. Cloquet, il y avait deux calculs urinaires.

IV. La déviation si remarquable que subit le canal de l'urètre dans le prolapsus, est moins la suite du déplacement de la vessie que celle du déplacement de la paroi antérieure du vagin. Cette déviation peut avoir pour résultat la rétention d'urine. Le développement très considérable de la vessie, dans tous les cas que j'ai observés, prouve avec quelle difficulté l'émission des urines a lieu. La déviation du canal de l'urètre rend quelquefois le cathétérisme très difficile. On voit en effet, dans ce cas, le stylet ou la sonde introduits dans le méat urinaire se diriger en bas dans l'épaisseur de la tumeur, et se prolonger plus ou moins dans cette épaisseur, suivant l'étendue du déplacement. Cette disposition a été parfaitement indiquée dans la planche X de la belle publication sur les Maladies de l'Utérus, faite par madame Boivin et le professeur Dugès (1).

V. Le rectum moins adhérent au vagin que la vessie, ne se déplace presque jamais, et s'il se déplace, c'est dans une très petite étendue. Dans un cas où il y avait incontinence des matières fécales, le rectum dilaté et plein de matières avait été attiré en avant un peu au-dessus de son extrémité inférieure et constituait une sorte de prolongement infundibuliforme. Dans le cas représenté par M. Cloquet, le rectum fort dilaté envoyait en avant un prolongement considérable digité, qui allait s'introduire dans la partie postérieure et inférieure du sac formé par le vagin renversé. Je ferai observer à ce sujet qu'il existe des incontinences de matières fécales par regorgement, de même que des incontinences d'urine. Le sphincter long-temps distendu finit par n'opposer aucun obstacle à la sortie des boules fécales qui se détachent de la masse et s'échappent avec plus ou moins de facilité.

VI. J'ai déjà dit que la poche formée par le vagin renversé devait fréquemment admettre l'intestin. Je n'ai pas eu occasion de voir cette disposition sur le cadavre, mais j'ai la certitude d'avoir observé un cas de ce genre sur le vivant. Je fus appelé, en 1816, auprès d'une pauvre femme qui avait une incontinence d'urine. Elle portait entre les cuisses une tumeur sphéroïdale, du volume de la tête d'un adulte; je procédai à la réduction de cette tumeur, mais n'ayant pu y parvenir, je maintins la malade au lit pendant quelque temps, et ayant renouvelé mes tentatives, je vis la tumeur diminuer peu à peu par la rentrée graduelle de l'intestin: du moins un bruit de gargouillement se fit entendre pendant la réduction. Lorsqu'il ne resta plus que l'utérus contenu dans le vagin flasque et comme flétri, la réduction se fit en bloc par l'effet d'une pression légère exercée de bas en haut; mais bientôt des coliques vives se déclarèrent pour ne cesser qu'après la réapparition de la tumeur. Cette femme n'avait pas été mariée: elle m'assura qu'elle n'avait eu de communications avec aucun homme: elle était domestique depuis quarante ans dans la même maison, où elle avait les invalides. Ses maîtres m'ont assuré que je pouvais ajouter foi à ce qu'elle me disait.

VII. L'irritation continuelle exercée sur le vagin renversé, détermine, 1° la transformation du tissu muqueux en tissu cutané, transformation toutefois qui n'est jamais complète; 2° des escarres plus ou moins profondes à la partie la plus déclive de la tumeur; or, cette partie la plus déclive, est formée par le col utérin. Si l'escarre occupait le vagin et venait à envahir toute l'épaisseur de ses parois avec le feuillet péritonéal qui les revêt, on conçoit qu'il pourrait y avoir pénétration de l'air dans la cavité péritonéale, sortie de l'utérus, et même sortie des intestins, si les intestins étaient contenus dans l'épaisseur de la tumeur. On conçoit encore qu'une péritonite partielle ou générale pourrait en être la conséquence; 3° l'oblitération complète du museau de tanche s'observe encore quelquefois par

(1) *Traité pratique des Maladies de l'Utérus et de ses annexes, fondé sur un grand nombre d'Observations cliniques; accompagné d'un Atlas de 41 planches in-folio, gravées et coloriées, représentant les principales altérations morbides des organes génitaux de la Femme.* Paris, 1833, 2 vol. in-8°; Atlas in-fol.

suite du déplacement de l'utérus et de l'irritation exercée sur la muqueuse qui le revêt; 4° on a lieu d'être étonné que la dégénération cancéreuse du col utérin ne soit pas plus fréquemment la suite du prolapsus. J'ai eu occasion de l'observer une seule fois.

VIII. Comme conséquences pratiques des nouveaux rapports qu'affectent les parties dans le prolapsus, nous pouvons noter : 1° la possibilité d'extraire des calculs urinaires contenus dans la vessie par une incision pratiquée à la paroi antérieure de la tumeur, sur une sonde cannelée introduite par le canal de l'urètre, ainsi que l'a pratiqué Ruysch; 2° la possibilité ou peut-être l'opportunité de l'extirpation de l'utérus dans le cas de dégénération cancéreuse de cet organe. J'ai été témoin de l'opération de ce genre qui a été pratiquée par MM. Récamier et Marjolin sur une femme du faubourg Saint-Martin Cette ablation fut faite, comme celle de Rousset, à l'aide de la ligature portée sur la base de la tumeur : elle eut un plein succès. La malade succomba à une circonstance complétement étrangère à l'opération. Une méthode plus convenable que la méthode aveugle de la ligature, laquelle, portée sur la base de la tumeur, comprendra presque nécessairement la vessie, consisterait dans l'incision de la paroi postérieure du vagin; on arriverait ainsi dans le grand cul-de-sac péritonéal qui existe entre l'utérus et le rectum; on attirerait l'utérus en dehors; et les adhérences celluleuses qui l'unissent à la vessie étant détruites, rien ne serait plus facile que son extirpation; 3° le traitement du prolapsus par le pessaire étant long, incommode et presque toujours seulement palliatif, on a eu l'idée d'obtenir une cure radicale par des procédés particuliers : la dilatation de la partie supérieure du vagin, son relâchement, son défaut de résistance étant les causes formelles de la production du prolapsus, on a proposé l'oblitération du vagin par l'adhésion de ses parois. Cette oblitération que j'ai rencontrée plusieurs fois sur le cadavre et même sur le vivant, ne saurait être adoptée comme méthode de traitement, non à cause de la difficulté de l'obtenir, mais en raison de ses conséquences, la malade étant d'une part condamnée à la stérilité, et d'une autre part exposée aux accidents qui résultent de la rétention des liquides contenus dans la cavité utérine.

Tels ne seraient pas les inconvénients du rétrécissement du vagin et plus particulièrement du rétrécissement de sa partie supérieure, qu'on pourrait obtenir par une cautérisation superficielle, soit avec le nitrate d'argent, soit avec un acide.

M. Marschall a eu l'idée ingénieuse d'obtenir le rétrécissement du vagin, à l'aide d'une perte de substance faite aux parois de ce canal. Une lanière d'un pouce et demi de largeur a été enlevée à la membrane muqueuse dans toute la longueur du canal et la plaie réunie par première intention. L'opération a été couronnée d'un plein succès comme opération; nous ignorons si la guérison a été durable. On pourrait modifier ce procédé ainsi qu'il suit : trois, quatre, cinq excisions de la muqueuse et même d'une partie de l'épaisseur des parois du vagin, seraient pratiquées en long sur le vagin au voisinage du col utérin. Le froncement circulaire qui serait le résultat de cette petite opération remplirait peut-être encore mieux et avec moins d'inconvénients le but que l'on se propose. Je n'ai pas besoin de dire que cette idée serait une application au prolapsus utérin de la méthode de M. Dupuytren pour la guérison des chutes du rectum.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

Phlébite utérine (*)

(PLANCHE VI, IV^e LIVRAISON.)

Louise Maubert, âgée de trente-un ans, accoucha, pour la cinquième fois, le 7 février 1829, d'un enfant mort (depuis long-temps au dire de la sage-femme). L'enfant était venu naturellement par la tête : mais le placenta n'avait pu être extrait que par lambeaux, et probablement beaucoup de tentatives avaient été faites pour son extraction. Peu de détails ont été donnés sur les symptômes éprouvés jusqu'au 12 février, que la malade fut apportée à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant :

Décoloration générale de l'habitude du corps; grande prostration de forces ; pouls petit et fréquent; extrémités froides; langue sèche; soif vive. Les yeux sont agités convulsivement dans leurs orbites ; un peu de surdité; aucune douleur. La main, portée sur l'abdomen, trouve le globe utérin dur, volumineux, mais indolent. L'exploration de la fosse iliaque droite fait reconnaître un engorgement profond : les lochies sont supprimées : selles naturelles. Aucun symptôme du côté du thorax. (Quinze sangsues à la vulve : chiendent gommé.) — Le 13, le toucher fait reconnaître un corps spongieux engagé dans le col utérin ; c'était un des lambeaux putréfiés du placenta qu'on retira immédiatement. (Injections vaginales avec l'oxicrat froid.)

L'état adynamique va toujours croissant jusqu'au 16. Il s'y joint de l'agitation, du délire, interrompus par un affaissement qui simule le calme. La malade demande sa sortie et suspecte les soins qu'on lui prodigue. La matrice est sensiblement revenue sur elle-même. Un phénomène insolite fixe l'attention : le bout du nez présente une teinte violacée et un refroidissement notable. (Potion tonique et antispasmodique.) — Le 17, plaintes continuelles, stupeur : la couleur violacée du bout du nez tourne au noir et s'étend vers sa racine : le pouls est toujours petit, faible et fréquent. — Le 18, la surface du nez est noire, frappée de gangrène sèche; ventre ballonné ; stupeur : mort le 19.

Ouverture du cadavre. — L'abdomen ouvert, le péritoine, l'estomac, les intestins, le foie, la rate, les reins, tous les viscères abdominaux sont dans l'état le plus parfait d'intégrité. L'utérus, développé comme il doit l'être au quinzième jour de l'accouchement, paraît également sain à l'extérieur.

Les ligamens ronds LR, LR (fig. 1), dont le gauche est plus volumineux que le droit, sont évidemment une émanation du tissu utérin ; ils en ont l'aspect et la texture. Les gros troncs veineux VLU, qui longent le côté droit de l'utérus, sont volumineux et semblables à des cordes tendues. Les veines ovariques et utérines qui rampent dans l'épaisseur du ligament large droit VO, VO, sont énormes, dures et bosselées jusqu'à leur embouchure dans la veine-cave inférieure ; à gauche elles sont à peu près saines. Ces veines ouvertes, nous avons trouvé toutes les veines du ligament large, ovariques, tubaires et utérines, du côté droit VO, VO, remplies de pus sanieux et présentant un grand nombre d'étranglemens qui leur donnent l'aspect bosselé ; à une petite distance de leur embouchure dans la veine-cave, le pus était remplacé par des concrétions sanguines de médiocre consistance. Dans les veines latérales de l'utérus VLU, on ne rencontrait que très-peu de pus au milieu de caillots sanguins qui offraient diverses nuances de coloration. Du reste, dans les veines des ligamens larges, comme dans les veines utérines latérales, on voyait cette progression, qui m'a paru constante dans toute phlébite : 1° concrétions sanguines pures adhérentes aux parois veineuses; 2° concrétions sanguines au milieu desquelles est contenu du pus; une couche mince de concrétion plus ou moins décolorée, semblable à une fausse membrane, est intermédiaire aux parois veineuses et au pus ; 3° absence de concrétions sanguines ; pus en contact immédiat avec les parois veineuses ; 4° enfin érosion de la membrane interne et commencement du travail d'expulsion

(*) Observation et pièce présentées à la Société anatomique par M. Montault, interne à l'Hôtel-Dieu. Service de M. Guéneau de Mussy.

du pus au dehors. Si la malade avait vécu plus long-temps, on aurait trouvé des foyers de pus au milieu desquels il eût été très-difficile de reconnaître la veine lacérée. La suppuration n'était pas bornée aux veines des ligamens larges, elle pénétrait jusque dans l'épaisseur du tissu de l'utérus. Les parois des veines enflammées sont épaissies et entourées par un tissu très-dense, qui unit entre elles plusieurs mailles du réseau veineux; on dirait que le tissu de l'utérus se prolonge autour d'elles pour les former, ou bien que le tissu de l'utérus n'est autre chose que ces veines épaissies, ramifiées et formant un lacis inextricable.

L'utérus (fig. 2) est tapissé par une matière putride et sanieuse d'une excessive fétidité. Des mamelons ou végétations noirâtres MP, molles, d'aspect et d'odeur gangréneux, occupent le fond de l'utérus et plus spécialement son angle supérieur droit. Ils correspondent évidemment au lieu de l'implantation du placenta. Là aussi l'utérus a une épaisseur plus considérable que partout ailleurs. On a cru reconnaître une similitude exacte entre le pus sanieux qui souillait les mamelons et le pus qui remplissait les veines des ligamens larges. Une incision cruciale ayant été pratiquée pour voir le tissu de l'utérus dans tous ses détails, nous avons reconnu que les mamelons utérins MP étaient formés par un tissu vasculaire, mollasse, aréolaire, dont les mailles sont remplies de caillots sanguins; que d'ailleurs le tissu propre de l'utérus était sain; que ce tissu lui-même n'est autre chose qu'une trame veineuse, érectile, à parois épaisses et contractiles; que le plus grand nombre des veines et sinus de l'utérus VU, VU, étaient pénétrés de sang concret, quelques-uns de pus, et seulement ceux VU qui font suite aux veines du ligament large droit; que partout le pus était circonscrit par des caillots, et par conséquent en dehors de la circulation générale; qu'il existait dans l'épaisseur de l'utérus, autour d'une veine remplie de pus, un foyer de sang FS, FS, une sorte d'apoplexie de l'utérus; le sang n'était pas ramassé en foyer, mais bien infiltré dans l'épaisseur du tissu de cet organe. J'ai trouvé un petit foyer purulent superficiel qui paraissait le résultat de la déchirure d'une veine suppurée. Ce foyer s'étendait jusqu'au voisinage du péritoine, dans la cavité duquel il n'aurait probablement pas tardé à s'ouvrir. L'ovaire du côté droit O (fig. 1) était volumineux, spongieux; la trompe du même côté TU était remplie de pus. Les organes contenus dans le thorax et dans le crâne étaient parfaitement sains. Les tégumens du nez sont gangrénés.

RÉFLEXIONS ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA PHLÉBITE UTÉRINE.

La phlébite utérine constitue une des formes les plus redoutables et les plus fréquentes de la *fièvre puerpérale*, mot vague appliqué à toutes les phlegmasies graves qui surviennent après l'accouchement. La fréquence de la phlébite utérine s'explique aisément par les conditions dans lesquelles se trouvent les veines de l'utérus, surtout celles qui s'abouchent avec les sinus placentaires. Si la plus légère saignée, si l'incision des veines dans les varices, si leur section dans les amputations des membres sont si souvent la cause efficiente de l'inflammation des diverses veines sur lesquelles ces opérations sont pratiquées, à combien plus forte raison l'inflammation des orifices béans et déchirés des veines utérines, en contact avec une matière putride, produit de la décomposition du sang ou de débris placentaires, ne se propagera-t-elle pas aux veines utérines elles-mêmes distendues, contuses, tiraillées dans le travail récent de l'accouchement, surtout après l'avulsion violente du placenta adhérent!

Dans le cas actuel, se rencontraient presque tous les degrés qu'on peut admettre dans la phlébite : 1° concrétions sanguines; 2° concrétions sanguines plus ou moins décolorées au centre desquelles est contenu un pus sanieux d'abord, puis louable; 3° pus tantôt sanieux, tantôt louable, en contact immédiat avec les veines épaissies et comme plissées; 4° parois veineuses usées, lacérées, permettant au pus de s'épancher tout autour et simulant des abcès ordinaires; ce degré existait dans un point. Enfin nous avons noté une altération que je regarde comme une forme plutôt qu'un degré de phlébite; c'est un foyer sanguin dans l'épaisseur du tissu de l'utérus, qui, du reste, était sain, excepté dans sa couche la plus interne et dans ses mamelons placentaires, où il était ramolli, pultacé et éminemment frangible.

Ce fait concorde avec les observations consignées dans l'excellent Mémoire de M. Dance sur la phlébite. Sur huit cas de phlébite utérine, quatre fois l'inflammation était bornée à la

veine ovarique du côté droit; trois fois elle affectait les deux veines ovariques en même temps, et une fois la veine ovarique gauche; dans tous, la phlébite répondait à l'insertion du placenta.

Chez notre sujet, le plus grand nombre des veines utérines présentait la phlébite au premier degré; l'inflammation ne s'était pas propagée jusqu'aux veines hypogastriques et jusqu'à la veine-cave ascendante : il n'existait pas dans le foie, les poumons, la rate, les synoviales, les séreuses, etc., ces foyers purulens que M. Dance a rencontrés dans presque tous les cas qu'il a décrits et qui ressemblent exactement et pour l'aspect, et pour le mode de formation, et pour la nature, aux abcès multiples et si souvent pris pour des tubercules ramollis qu'on trouve à la suite des plaies graves et des opérations chirurgicales. Ne soyons pas étonnés de cette identité de lésions consécutives dans deux ordres de cas en apparence opposés, car l'inflammation qui s'empare de la surface interne de l'utérus dont le placenta vient d'être détaché, est une inflammation traumatique; il y a solution de continuité, que doit réparer une inflammation restauratrice tout-à-fait semblable à celle qui se déclare à la surface d'une plaie, suite d'amputation.

Pourquoi la phlébite de notre malade a-t-elle été si exactement circonscrite aux veines ovariques et utérines, pourquoi cette intégrité parfaite de tous les viscères? C'est sans contredit à cause de l'isolement complet du pus contenu dans les veines utérines et ovariques. Aussitôt qu'une portion de veine est enflammée, toute communication cesse entre cette portion et la circulation générale; le sang se coagule. Je regarde même la *coagulation du sang comme le premier effet de l'inflammation* dans les artères de même que dans les veines, dans les capillaires de même que dans les gros vaisseaux. La phlébite se termine par résolution bien plus souvent qu'on ne l'imagine, et alors le sang est résorbé, le calibre du vaisseau se rétablit ou bien l'oblitération a lieu. Mais la suppuration se déclare; c'est au milieu du caillot sanguin qu'elle se manifeste d'abord, ce qui a fait penser que les caillots s'organisaient immédiatement et étaient passibles d'inflammation et de suppuration, de même qu'on a admis que le pus ou le sérum entourés de toutes parts par une fausse membrane récente, sont le produit de l'exhalation de cette fausse membrane. Le caillot, dans le premier cas, et la fausse membrane, dans le second, servent en quelque sorte de filtres à travers lesquels pénètrent les produits sécrétés. Pourquoi le pus occupe-t-il toujours le centre du coagulum sanguin et ne se trouve-t-il jamais entre le coagulum et les parois de la veine? C'est parce que le coagulum est moins cohérent à son centre qu'à sa circonférence et que la pénétration du pus au centre du caillot est un phénomène de capillarité. Le pus est d'abord sanieux, parce qu'il se trouve mêlé à la matière colorante du sang, puis il devient louable lorsque cette matière colorante a disparu. La concrétion sanguine, épaisse d'abord, s'amincit peu à peu et finit par disparaître.

Tout le temps que le pus est contenu dans le centre du caillot sanguin, les phénomènes sont locaux; mais bientôt le caillot lui-même disparaît, le pus est en contact immédiat avec la veine, et alors, de deux choses l'une, ou bien le pus reste isolé à l'aide des caillots sanguins qui occupent les extrémités de la portion de veine enflammée, ou bien il se mêle au sang : dans le premier cas, tantôt ce pus sera absorbé et l'oblitération du vaisseau aura lieu; tantôt ce pus, s'accumulant sans cesse, distend les parois veineuses; celles-ci, fragiles, se lacèrent, s'usent, et le pus s'épanche à l'extérieur : dans le second cas, le caillot obturateur, sourdement miné par l'absorption, se détache entraîné par le torrent du liquide qui l'entoure. Alors le pus se mêle au sang, et à l'instant apparaissent les symptômes les plus graves qui enlèvent le malade plus tôt ou plus tard, suivant la quantité de pus en circulation et la susceptibilité individuelle. C'est alors qu'on rencontre des foyers purulens multiples dans le poumon, le foie, la rate, les synoviales, les membranes séreuses, le tissu cellulaire libre, le cerveau, jusque dans l'épaisseur des muscles; et la rapidité de la formation du pus est telle, qu'on a pu penser qu'il y avait transport du pus en nature et simple dépôt de ce pus dans les divers organes. L'impossibilité de démontrer le pus physiquement et chimiquement dans le torrent de la circulation m'a conduit à faire des expériences sur les animaux vivans. Or l'injection dans les veines d'une certaine quantité de mercure m'a donné des résultats tout-à-fait identiques à ceux de la phlébite, et la possibilité de suivre et de retrouver le mercure dans toute l'étendue des voies de la circulation capillaire et générale m'a démontré avec toute la rigueur des expériences physi-

ques la génération de ces foyers, de ces tubercules purulens, qui, lorsque la quantité de mercure a été peu considérable, lorsque l'animal survit assez long-temps à ces expériences, deviennent de véritables tubercules. Ce que fait le mercure dans ces expériences, le pus ou d'autres corps irritans introduits dans les veines doivent le produire dans la phlébite; dans l'un comme dans l'autre cas, la formation du pus est extrêmement rapide; l'inflammation est exactement circonscrite : un foyer rouge d'abord, puis un foyer purulent, puis un foyer tuberculeux, voilà la série des transformations successives qui s'opèrent autour des globules mercuriels nichés çà et là dans quelqu'un des points de l'économie. C'est par la même série que passent les foyers observés à la suite de phlébite soit spontanée, soit traumatique; et, de même que dans ce dernier cas, tantôt c'est le foie seul qui est affecté, tantôt c'est le poumon, d'autres fois la rate, les séreuses, les synoviales, le tissu cellulaire, les muscles, le cerveau, etc., en un mot toutes les fractions du système capillaire, soit isolément, soit à la fois; de même, dans mes expériences, j'ai vu le mercure traverser, pour ainsi dire inaperçu, le système capillaire pulmonaire de quelques sujets et se nicher plus spécialement dans le foie, la rate, ou bien dans l'épaisseur des muscles, les séreuses, etc., jamais dans les reins.

Mais pourquoi les mêmes symptômes n'ont-ils pas lieu dans tous les cas de suppuration considérable? Le pus ne serait-il donc pas soumis à l'absorption? Sans doute l'absorption du pus se fait incessamment; le chirurgien la constate dans des abcès qu'il voit disparaître du jour au lendemain. Il y a une différence énorme entre le pus qui n'est transmis au torrent circulatoire que par absorption et le pus qui y est introduit en nature, ou plutôt qui est formé de toutes pièces dans les veines. L'absorption du pus, liquide très-composé, s'exerce successivement sur les divers élémens qui le constituent : il est d'abord dépouillé de la partie la plus liquide; sa partie la plus solide n'est absorbée que plus tard et souvent après avoir acquis la consistance caséeuse. Mais le pus en nature, mêlé immédiatement au sang, altère sa crase, suivant l'expression des anciens, embarrasse sa marche, favorise la concrétion du sang, s'arrête dans les capillaires et détermine simultanément des multitudes de foyers d'inflammation. Les globules de mercure sont la fidèle image du pus, et fournissent la démonstration matérielle d'une vérité contre laquelle le raisonnement seul s'était élevé.

Nous ne pouvons donc admettre l'opinion de quelques observateurs qui, frappés dans le cas qui nous occupe de la ressemblance qui existe entre le pus qui tapisse la surface interne de l'utérus et le pus contenu dans les veines utérines, en ont conclu l'absorption du pus par les veines elles-mêmes; les traces d'inflammation des parois veineuses rendent cette opinion insoutenable; la succession si facile à observer de tous les degrés de l'inflammation, depuis la concrétion du sang jusqu'à l'ulcération des veines, prouve surabondamment que le pus a été fourni par la surface avec laquelle il était en contact, de même que la succession des degrés de l'inflammation dans les parenchymes réfute l'opinion des observateurs qui, faisant circuler avec nous le pus mêlé au sang dans le torrent de la circulation, admettent contre notre manière de voir qu'il se dépose en nature et avec toutes ses qualités de pus dans les divers organes.

Les symptômes extrêmement graves qui accompagnent la phlébite, la forme ataxo-adynamique qu'elle revêt, sont propres à toutes les lésions graves des viscères importans à la vie, à la pneumonie, à la pleurésie, à l'hépatite, au phlegmon érysipélateux. Je ne puis donc partager l'opinion des praticiens distingués qui ont admis que le caractère anatomique constant des fièvres typhoïdes est l'altération des follicules de l'intestin. La phlébite présente à son summum tous les caractères du typhus.

On ne saurait trop le répéter, les phlébites dominent pour ainsi dire la pathologie; j'en distingue trois espèces : la phlébite des veines libres; 2° la phlébite des veines contenues dans l'épaisseur des organes; 3° la phlébite capillaire. La première seule a été décrite. Le système capillaire veineux est le siége immédiat de l'inflammation et de toutes les altérations de composition organique, de même que le système capillaire est le siége de toute nutrition et de toute sécrétion. C'est ce que j'espère démontrer plus tard.

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DES OVAIRES.

(XIII^e LIVRAISON, PLANCHES I, II, III.)

Considérations générales sur les maladies des femmes en couches en général et sur le typhus puerperal en particulier.

I. La femme qui vient d'accoucher n'a échappé qu'à une partie des dangers qui la menacent dans l'accomplissement de cette douloureuse fonction. Peu de femmes meurent par le fait même de l'accouchement; un nombre considérable succombe par ses suites. On concevra la fréquence et la gravité des maladies puerpérales, si l'on considère : 1° les changemens organiques et vitaux qu'entraîne l'état de grossesse dans l'économie de la femme; 2° ceux qu'amène l'accouchement; 3° ceux qui sont consécutifs à l'accouchement.

J'ai insisté ailleurs (1) sur l'hypertrophie du tissu de l'utérus qui suit l'imprégnation ; hypertrophie physiologique, il est vrai, mais qui confine l'état morbide; sur le dédoublement des ligaments larges employés dans l'état de grossesse à recouvrir l'utérus, et sur l'attraction qu'exerce l'utérus sur le péritoine qui recouvre les organes circonvoisins : le développement considérable des artères, le développement plus considérable encore des veines et des vaisseaux lymphatiques ont également fixé mon attention.

II. J'ai comparé la femme qui vient d'accoucher à un individu qui vient de recevoir une blessure grave ou de subir une opération chirurgicale. La femme en couches, comme l'amputé, est épuisée de fatigues, de douleurs, d'émotions de toute espèce. Le calme ou plutôt l'affaissement qui succède à l'opération laborieuse de l'accouchement, est la fidèle image de l'affaissement qui suit une grande blessure. Nous pouvons comparer la surface interne de l'utérus à une vaste solution de continuité : car l'œuf n'adhère pas seulement à l'utérus par ses parties placentaires, mais bien par toute sa surface : la muqueuse intérieure n'existe plus ou plutôt ses éléments se sont dissociés, modifiés par l'inflammation adhésive dont elle a été le siége. Si l'on examine la surface interne de l'utérus immédiatement après l'accouchement; et j'ai eu cette occasion plusieurs fois; on voit sur les cotylédons utérins des orifices veineux béants qui représentent les orifices veineux des membres amputés. On ne trouve de débris de muqueuse que sur la face interne du col utérin et quelquefois autour de l'orifice des trompes; partout ailleurs le tissu propre de l'utérus est à nu, et partout il doit être recouvert d'une cicatrice.

III. Pour réparer une si vaste solution de continuité, une fièvre traumatique est nécessaire : cette fièvre traumatique s'appelle *fièvre de lait*, parce que, en vertu de lois faciles à saisir dans leur but, impossibles à saisir dans leurs moyens, cette fièvre est accompagnée de la sécrétion du lait dans les mamelles. Cette fièvre traumatique de la femme nouvellement accouchée a son temps d'incubation, comme la fièvre traumatique du blessé : il est de trois, quatre, cinq jours, et présente d'ailleurs les mêmes caractères chez l'un et chez

(1) *Journal universel et hebdomadaire*, 1831, tome IV, page 217.

l'autre. La fièvre tombe au bout de vingt-quatre heures et est à peu près dissipée le troisième ou le quatrième jour.

IV. Or, à la réunion par première intention de l'amputé, répond une guérison sans fièvre, sans lochies purulentes, de la femme en couches; mode de guérison qui est excessivement rare, car il faut que la muqueuse soit reproduite et que l'équilibre de circulation et de vitalité se rétablisse.

V. Le premier phénomène que présente la surface interne de l'utérus, c'est la sécrétion d'une fausse membrane ou couenne qui tapisse toute cette surface interne. C'est à l'aide de cette fausse membrane que s'opère la cicatrisation immédiate de l'utérus, et l'on sait que c'est également à l'aide d'une fausse membrane qu'a lieu la réunion par première intention des plaies.

VI. Mais, le plus ordinairement, cette fausse membrane est entraînée avec le pus dont la sécrétion suit la fièvre traumatique. Le pus de la surface interne de l'utérus s'appelle *lochies*. D'abord sanieuses ou mêlées de sang et d'une odeur très fétide, comme d'ailleurs le pus sanieux des plaies, elles deviennent bientôt purulentes et moins fétides, de moins en moins abondantes, jusqu'à ce qu'enfin elles cessent complétement. Les lochies, comme le pus des plaies, sont par leur qualité et par leur quantité, le thermomètre de l'état général.

VII. Si l'on examine la surface interne de l'utérus pendant le travail de suppuration, on trouve que les cotylédons utérins sont pleins de concrétions sanguines qui remplissent leurs mailles; que la surface interne de l'utérus est enduite d'une couche pseudo-membraneuse, purulente, sanguinolente, souvent hérissée de pinceaux vasculaires très longs, semblables à un gazon touffu, qui deviennent très apparents lorsqu'on plonge l'utérus dans un vase plein d'eau.

VIII. L'utérus revient peu à peu sur lui-même. Sa membrane interne s'organise par le rapprochement de tous les pinceaux vasculaires. Les cotylédons utérins ne sont plus que de très-petites végétations ou caroncules. Au bout de six semaines, deux mois, deux mois et demi, on reconnaît encore la trace des cotylédons. Cette donnée pourrait être d'une grande importance en médecine légale. L'utérus reste d'ailleurs long-temps plus volumineux qu'avant l'accouchement, et les couches les plus profondes de cet organe jouissent d'une notable fragilité.

IX. Voilà pour l'état régulier; mais combien d'accidents ne viennent-ils pas traverser ce travail de réparation et de restauration. On concevra la fréquence et la gravité de ces accidents, si l'on considère que ce travail ne consiste pas purement et simplement dans la cicatrisation de la surface interne de l'utérus, mais que l'utérus hyperthrophié qui était, pendant la durée de la gestation, un centre de fluxion si considérable, doit redevenir ce qu'il était primitivement, et que ses grosses artères, ses énormes vaisseaux lymphatiques et veineux doivent être réduits brusquement au vingtième, peut-être, de ce qu'ils étaient dans les derniers temps de la grossesse; aussi l'hémorrhagie, les convulsions, le coma, la péritonite, l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, la phlébite et tous les accidents qui accompagnent les plaies et les grandes opérations chirurgicales, la pleurésie, l'inflammation des synoviales et des muscles, l'entérite, l'œdème douloureux, l'érysypèle ambulant, une multitude d'affections aiguës et chroniques, à caractères spéciaux, viennent-ils compliquer les suites de l'accouchement.

X. De toutes les maladies qui peuvent attaquer la femme en couches, il n'en est aucune qui soit plus fréquente, plus grave, plus rapidement funeste que la *péritonite* dite *puerpérale*. Funeste à l'état sporadique, elle acquiert à l'état épidémique une gravité telle, qu'elle semble attaquer la vie dans sa source, et résiste à toutes les méthodes de traitements empiriques ou rationnelles connues jusqu'à ce jour. C'est cette péritonite épidé-

mique qui règne tous les ans à l'hôpital de la Maternité, que j'ai cru devoir désigner sous le nom de *typhus puerpéral,* comme pour appeler toute l'attention sur son caractère éminemment miasmatique. Déjà Désormeaux et autres avaient exhumé le vieux nom de *fièvre puerpérale,* et par cet apparent anachronisme de langage, avaient voulu exprimer ce double fait important : 1° que la péritonite n'est pas la seule lésion dont s'accompagne cette maladie; 2° que les moyens thérapeutiques dirigés contre les phlegmasies ne sont pas tous dans ce genre de maladies.

XI. Le typhus puerpéral est donc une maladie produite par l'encombrement, une maladie par infection, une maladie contagieuse miasmatiquement, qui ravagera la Maternité, comme toutes les maisons d'accouchement, tout le temps que la population de ces maisons ne sera pas en harmonie avec la capacité des lieux, tout le temps que 3,000 femmes enceintes seront reçues chaque année dans un espace qui ne permet d'en admettre que de 1500 à 2000; car une femme en couches a une puissance d'infection bien supérieure à celle d'un malade ordinaire. La question de l'encombrement est donc, pour les femmes en couches, une question de vie ou de mort. Le traitement préservatif est le seul qui soit applicable; car dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de traitement curatif, et c'est par une sorte d'exception qu'on parvient à sauver quelques malades affectées du véritable typhus puerpéral. Si la malade échappe à la péritonite, elle n'échappera pas à une inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, à une double pleurésie, à l'érysypèle ambulant qui attaque successivement toutes les régions du corps, et qui envahit quelquefois de nouveau les régions primitivement affectées, elle n'échappera pas enfin à l'inflammation des muscles et à celle des synoviales. Il semble qu'un levain sans cesse renaissant circule avec le sang; et peut-être, dans beaucoup de cas, l'une des sources de ce levain est-elle dans l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, ou plutôt dans la présence du pus dans cet ordre de vaisseaux.

La présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques, me paraissant un fait fondamental dans l'histoire du typhus puerpéral et de la péritonite puerpérale sporadique, j'ai cru faire une chose utile en publiant sur ce sujet des figures, où le talent accoutumé de M. Chazal brille de tout son éclat.

1° La *planche I* représente l'utérus d'une femme morte du typhus puerpéral, le 4ᵉ jour de l'invasion de la maladie et le 5ᵉ de l'accouchement. Cet utérus est vu par sa face antérieure.

Une tranche épaisse d'utérus est renversé de bas en haut, et montre la coupe des veines utérines, V U, V U, pleines pour la plupart de sang coagulé : cette portion si éminemment vasculaire de l'utérus répondait au placenta. Tout le système veineux de l'utérus était sain: la présence du sang coagulé dans les veines, n'est un caractère de l'inflammation, que lorsque ce sang est adhérent aux parois. Je me suis assuré que la coagulation du sang dans les sinus veineux qui répondent au placenta, est un phénomène à peu près constant après l'accouchement.

Le long des bords de l'utérus et dans l'épaisseur des ligaments larges, rampent un certain nombre de vaisseaux lymphatiques V L, V L, de différentes dimensions. Ces vaisseaux lymphatiques se dessinent pour la plupart à travers la transparence du péritoine, qu'il suffit d'enlever avec précaution pour les mettre à découvert.

Une coupe faite à l'utérus, au voisinage de l'insertion du ligament rond droit L R, a montré l'orifice béant des vaisseaux lymphatiques pleins de pus et énormément dilatés : on eût dit de petits abcès.

Des vaisseaux lymphatiques d'inégale dimension, ici dilatés en grosses ampoules, là rétrécis, émergent du bord droit de l'utérus, immédiatement derrière le ligament rond et communiquent soit avec les vaisseaux lymphatiques de la face antérieure de l'utérus, soit avec ceux, plus nombreux encore, de la face postérieure.

Ces vaisseaux lymphatiques étaient immédiatement placés sous le péritoine. Ils se portent de bas en haut, le long du muscle psoas, au-devant de la veine ovarique et de l'uretère U. On voit les plus externes gagner l'extrémité inférieure du rein R, pour se recourber de dehors en dedans. Tous ces vaisseaux se rendent aux ganglions lymphatiques G L, G L, placés au-devant de la veine

cave VC et de l'aorte AA. Les ganglions lombaires sont complétement injectés de pus. Je me suis assuré qu'aucun vaisseau lymphatique, émergeant de ces glandes, ne contenait de pus. Cette remarque s'applique à la plupart des cas de ce genre que j'ai eu occasion d'observer.

2° La *planche II* représente l'utérus renversé d'arrière en avant et de haut en bas. Pour opérer ce renversement complet, il a fallu enlever la paroi antérieure du bassin à l'aide de deux sections faites en dedans des articulations coxo-fémorales. Il en résulte que le fond de l'utérus FU est en bas, et que la face postérieure FPU et les ovaires OO regardent en avant. Je ferai remarquer, que les trompes utérines s'insèrent seules aux angles de l'utérus, et non point les ovaires, dont les ligaments s'attachent beaucoup plus bas.

Les reins, les veines rénales VR, VR, l'aorte AA, la veine cave VC, les artères iliaques primitives AIP, l'artère mésentérique inférieure AMI, le rectum R qui sont dans leur situation naturelle, permettent de saisir parfaitement les rapports de toutes les parties représentées sur cette figure.

La partie latérale droite de la face postérieure de l'utérus présente un très grand nombre de vaisseaux lymphatiques pleins du pus. Ici, les ampoules sont encore plus considérables que dans la planche précédente. On dirait de petits foyers purulents, VL, VL, VL. Pour mettre ces vaisseaux à découvert, il a suffi d'enlever par arrachement le péritoine, et une lame subjacente très mince du tissu de l'utérus.

Tous les vaisseaux lymphatiques ne gagnent pas les ganglions lombaires GL, GL; mais ils se divisent en plusieurs séries. Les uns se portent de bas en haut, ce sont ceux qui sont représentés sur cette figure; les autres se dirigent du côté des ganglions sacrés et des ganglions pelviens antérieurs. Je dois signaler ici un ganglion constant qui occupe l'orifice interne de la gouttière sous-pubienne, et que j'ai souvent rencontré plein du pus apporté par un certain nombre de vaisseaux lymphatiques.

Les ovaires O, O, sont inégalement développés et présentent à leur surface des plaquesblanches pseumembraneuses, PM, PM, qui témoignent de l'existence d'une péritonite pseudo-membraneuse.

On remarquait sur la face postérieure de l'utérus une petite bosselure, VLD, parcourue par des vaisseaux sanguins. Cette bosselure était formée par une petite poche contenant un pus séreux; cette poche n'était elle-même qu'une ampoule formée par un vaisseau lymphatique.

3° Les deux planches précédentes ne nous ont montré du pus que dans les vaisseaux lymphatiques superficiels. La *planche III* nous offre ce liquide tout à la fois, et dans les vaisseaux lymphatiques superficiels, et dans les vaisseaux lymphatiques profonds. Je dois dire que la présence du pus dans ces derniers est assez rare, et que le nombre des vaisseaux lymphatiques profonds, que les anatomistes admettent plutôt par induction que par démonstration directe, ne m'a jamais paru considérable.

Sur la figure 1, l'utérus est vu par sa face postérieure : pour préparer les vaisseaux lymphatiques qui sont en évidence sur cette figure, le péritoine et une couche superficielle très-mince de l'utérus ont été enlevés, moitié par arrachement, moitié par dissection.

Les vaisseaux lymphatiques superficiels sont remarquables par leur développement et par leur disposition aréolaire; quelquefois les aréoles des vaisseaux lymphatiques purulens sont tellement pressées qu'il m'est arrivé de croire que le pus était infiltré dans le tissu cellulaire, au lieu d'être contenu dans des vaisseaux. L'infiltration du pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'utérus s'observe d'ailleurs très souvent, et cette infiltration peut s'accompagner ou ne pas s'accompagner de la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques.

Dans un certain nombre de cas, le tissu de l'utérus est lui-même infiltré de pus, et cette infiltration doit être bien distinguée de la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques profonds, avec laquelle elle coïncide quelquefois. C'est sur-tout le col de l'utérus qui est le siége de cette infiltration.

La coupe verticale, CU, faite au col utérin est remarquable par deux ordres d'orifices, les uns pleins de pus, ce sont les orifices des vaisseaux lymphatiques, VL, VL; les autres vides ou donnant du sang noir, ce sont les veines, VV, lesquelles étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité.

Je ferai remarquer que le col utérin est presque toujours fortement ecchymosé à la suite de l'accouchement; quelquefois même il y a des extravasations sanguines considérables, de véritables foyers sanguins dans l'épaisseur du col.

La même figure 1 représente les trompes et les ovaires, dans un état particulier.

Les trompes, TT, sont volumineuses, parcourues par des vaisseaux sanguins et longées par des vaisseaux lymphatiques; ce volume de la trompe tient moins à la distension de la trompe elle-même, qu'à l'infiltration du tissu cellulaire sous-péritonéal. Le pavillon de la trompe, PT PT, est comme racorni ; la coupe, CT, ver-

ticale CT, faite à la trompe, montre une gouttelette de pus qui s'échappe de cette trompe : la cavité de de la trompe était en effet pleine de pus, si bien que par une pression légère, d'une part, on faisait pénétrer le pus dans la cavité utérine, d'une autre part, on le fesait suinter par l'orifice frangé de la trompe. La présence du pus dans la trompe, étant un phénomène extrêmement fréquent dans la péritonite, je me suis demandé s'il ne serait pas possible que la péritonite fût, dans quelques cas, le résultat du passage du pus de la cavité de la trompe dans la cavité du péritoine ; si l'attraction capillaire ou la succion vitale exercées dans l'acte de la conception sur le sperme par la trompe ne pourrait pas s'exercer aussi bien sur le pus ou sur tout autre liquide contenu dans la cavité de l'utérus.

Les ovaires sont remarquables par leur volume extrêmement considérable, qui est évidemment dû à l'inflammation de ces organes : l'ovarite accompagne très fréquemment la péritonite puerpérale, rarement existe-t-elle sans péritonite.

Les deux ovaires, 0, 0, étaient enveloppées par une fausse membrane mince, PM, PM, qui est en partie enlevée sur la figure. Leur coupe fig. 2, présente une disposition aréolaire et un aspect grisâtre. Il y a évidemment infiltration et combinaison de pus dans le tissu de l'ovaire. Inférieurement se voit une petite masse jaunâtre, OE, qui me paraît le *corpus luteum* des auteurs. Au milieu du tissu de l'ovaire existent quelques petits kystes ou ovules.

Les ovaires représentés fig. 1 et 2, étaient très denses : il n'en était pas de même de l'ovaire représenté fig. 3 ; il était tellement ramolli que la traction légère que j'ai exercée sur lui pour le détacher, a lacéré sa coque, ordinairement si résistante ; en sorte que, plongé immédiatement dans l'eau, il a présenté l'aspect de pinceaux vasculaires au milieu desquels se voyaient quelques ovules (fig. 3.) : ce ramollissement est bien certainement le résultat d'une inflammation.

Dans quelques cas, il m'est arrivé de rencontrer les ovaires ramollis déchirés indépendamment de toute traction préalable. Cette déchirure a-t-elle existé sur le vivant? cela est probable, à moins qu'on ne suppose qu'elle ait été produite par le seul fait du transport du cadavre. On conçoit que cette rupture puisse être une cause de péritonite.

La figure 4 représente un état de l'ovaire dans lequel le volume de cet organe est le résultat d'une fluxion séreuse. Son tissu est mou, spongieux et vasculaire, pénétré d'une assez grande quantité de sérosité, qu'on fait suinter par une pression légère dans son épaisseur se voient un grand nombre de ces petits kystes séreux, à parois minces et transparentes, que l'on regarde comme des ovules.

Considérations générales sur la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques.

I. Au risque de paraître paradoxal, j'affirme que la phlébite utérine est rare, ou que si elle est fréquente, elle est facilement curable ; deux ans et demi de pratique à l'hôpital de la Maternité, ne m'ont permis de constater autopsiquement que sept ou huit cas de cette maladie. Je rappellerai ici une considération thérapeutique sur laquelle j'ai beaucoup insisté ailleurs (1), c'est que la phlébite n'est grave que lorsqu'elle est passée à la période de suppuration. Or, c'est peut-être à des applications de sangsues, faites à temps, et répétées, à l'irrigation de l'utérus à l'aide d'une seringue foulante et aspirante, à des purgatifs légers, aux bains émollients prolongés trois ou quatre heures, moyens tous employés avec persévérance dès la première apparition de la douleur hypogastrique, que je dois d'avoir eu rarement à constater par l'autopsie l'existence de la phlébite utérine.

II. La présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus est aussi fréquente, que sa présence dans les veines est rare. Le plus grand nombre des sujets qui ont succombé à la Maternité, depuis le mois de juin 1830 jusqu'en septembre 1832, m'ont présenté, à un degré plus ou moins considérable, l'altération dont les planches 1, 2, 3, XIII^{e} livraison offrent le type.

III. Tandis que la phlébite utérine s'observe presque toujours indépendamment de toute lésion, soit du péritoine, soit de ses annexes, la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques utérins, s'accompagne le plus ordinairement de péritonite, d'inflammation

(1) XI^{e} Livraison, *phlébite.*

large du tissu cellulaire sous-péritonéal, assez souvent d'inflammation des trompes et des ovaires.

IV. D'une autre part, les abcès dans le foie, dans les poumons, dans les muscles, la suppuration des synoviales, etc., qu'on observe si fréquemment d'après la phlébite, sont assez rares dans le cas de présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques. La pleurésie simple ou double, est au contraire très fréquente.

V. On conçoit qu'au milieu de cette multitude de lésions, il est bien difficile de faire la part du rôle que joue la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques, d'autant plus que toutes peuvent exister simultanément dans le typhus puerpéral, en l'absence de toute espèce de lésion dans le système lymphatique. J'ai donc été forcé de renoncer au rapprochement entre les vaisseaux lymphatiques purulens et les veines charriant du pus et infectant l'économie tout entière : et ce rapprochement suggéré d'abord par quelques faits, a été repoussé par des faits bien plus nombreux encore.

VI. Je me contenterai de dire ici comme simple aperçu, que les péritonites accompagnées de la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques, m'ont paru plus fréquemment suivies de pleurésie que les péritonites simples. Je mentionnerai des cas dans lesquels les malades, convalescentes du typhus puerpéral, ont succombé les unes à une double pleurésie, les autres à l'érysipèle ambulant puerpéral, qui résiste si souvent à tous les moyens de l'art. A l'examen de l'utérus, j'ai trouvé de petites collections de pus concret dans les vaisseaux lymphatiques qui longent les bords de cet organe et occupent ses angles supérieurs. Ne serait-il pas possible qu'il y eût quelque rapport entre la présence de ce pus concret et la double pleurésie, et l'érysipèle ambulant.

VII. Voici, du reste, le résumé des caractères anatomiques avec lesquels se présentent les vaisseaux lymphatiques pleins de pus. On les trouve presque toujours superficiellement placés sous le péritoine, rarement dans l'épaisseur de l'utérus ; ils longent les bords de cet organe, occupent l'épaisseur des ligamens larges, marchent le long des veines ovariques, rampent et s'anastomosent sous le péritoine qui revêt la face antérieure et surtout la face postérieure de l'utérus : mais c'est principalement aux angles de cet organe qu'ils sont, et plus constants et plus volumineux ; ils forment quelquefois des ampoules considérables qu'on pourrait prendre pour des abcès (voyez planches 1, 2, 3). Là, plusieurs ampoules se touchant, on dirait d'une multitude de petits abcès lesquels communiquent entr'eux, lorsque les ampoules appartiennent au même vaisseau, et sont indépendants les uns des autres lorsqu'elles appartiennent à des vaisseaux différents. Du reste, il est extrêmement facile de distinguer la surface interne d'un vaisseau lymphatique, de la surface interne d'un abcès à son aspect lisse et à ses brides circulaires bien distinctes des valvules. Il n'est pas moins facile de distinguer les veines d'avec les vaisseaux lymphatiques, et de constater l'intégrité des veines dans les cas de cette espèce. Le nombre des vaisseaux lymphatiques pleins de pus est extrêmement variable. Il m'est arrivé de ne rencontrer du pus que dans un seul vaisseau. Le pus ne m'a paru franchir que dans un seul cas les ganglions qui sont en général la limite. Le pus s'arrête quelquefois dans les vaisseaux lymphatiques à une certaine distance des ganglions; dans certains cas, il ne dépasse pas les ligaments larges, ou même il s'arrête dans l'épaisseur des parois de l'utérus. Quant aux qualités du pus, elles sont celles du pus phlegmoneux. Il est extrêmement probable que c'était dans les vaisseaux lymphatiques, et non dans les veines qu'existait ce liquide crêmeux indiqué par Astruc et autres, et qu'ils ont cru être du lait ; car jamais dans les veines, le pus ne m'a présenté le même aspect et la même pureté, que dans les vaisseaux lymphatiques. Quelquefois on rencontre au milieu de ce pus, des concrétions fibrineuses incolores.

VIII. Ici se présente une question du premier ordre, aussi bien en physiologie qu'en pathologie. Le pus a-t-il été formé dans les vaisseaux lymphatiques par suite d'un travail inflammatoire, ou bien y a-t-il été apporté par voie d'absorption ? J'ai recueilli, en 1810,

dans le service de M. Dupuytren (1), un fait remarquable qui dans le temps, me parut mettre hors de doute l'absorption du pus : il a pour sujet une femme âgée de 55 ans, qui portait à la partie supérieure et interne de la cuisse, un lipôme énorme qui simulait un second ventre. La malade ayant succombé, M. Dupuytren procéda à la dissection de la tumeur. A peine eût-il incisé la peau dans une certaine étendue, qu'on vit se former des points blancs sur l'une et l'autre lèvres de l'incision. Surpris de ce phénomène, il dissèque avec soin la peau qui recouvre la tumeur et le tissu cellulaire sous-cutané, parcouru par des lignes blanchâtres, dont quelques-unes avaient le volume d'une plume de corbeau. Ces lignes étaient évidemment des vaisseaux absorbans; en effet, lorsqu'on poussait le liquide depuis l'origine de ces vaisseaux jusqu'aux ganglions lymphatiques, on n'éprouvait aucun obstacle; mais le dirigeait-on en sens inverse, aussitôt se manifestaient des nodosités séparées par des enfoncemens circulaires qui répondaient aux valvules, et le liquide ne pouvait pas circuler. Les ganglions lymphatiques étaient aussi bien injectés par le pus, qu'ils l'auraient été par le mercure dans les préparations les plus délicates. On a poursuivi les vaisseaux lymphatiques au-dessus de la tumeur, jusque dans le bassin; ils étaient remplis de pus juqu'auprès des ganglions lymphatiques de la région lombaire : mais ces derniers, de même que le canal thoracique n'en présentaient aucune trace. Comme la peau qui recouvrait la partie interne de la tumeur avait été le siége d'un érysipèle phlegmoneux, nous pensâmes alors que le pus formé à la surface de la peau, et dans le tissu cellulaire sous-cutané avait été absorbé.

M. Magendie (2) qui rapporte ce fait, tout en admettant la probabilité de l'absorption du pus, observe avec raison que pour rendre la chose évidente, il aurait fallu que l'identité du pus et du liquide contenu dans les vaisseaux lymphatiques eût été bien constatée. S'est-on d'ailleurs assuré que le pus ne provenait pas des vaisseaux lymphatiques eux-mêmes qui auraient été enflammés, de même qu'on le voit pour les veines? Cette dernière objection résume toutes les difficultés de la question. Le pus a-t-il été formé dans les vaisseaux lymphatiques utérins et extrà-utérins, ou bien a-t-il été porté dans ces vaisseaux lymphatiques par voie d'absorption ?

IX. Dans l'hypothèse de l'absorption du pus par les vaisseaux lymphatiques utérins, on ne saurait admettre que le pus vienne de la surface interne de l'utérus, car cette surface interne est tapissée dans le plus grand nombre des cas par un détritus sanguinolent, par une couche séro-sanguinolente où il serait bien difficile de trouver le pus blanc-jaunâtre que l'on rencontre dans ces vaisseaux (3). D'une autre part, il n'existe généralement aucune matière purulente dans l'épaisseur de l'organe. On est donc obligé de se rejeter sur l'absorption soit du pus contenu dans la cavité du péritoine, soit du pus infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

X. Un fait semblerait appuyer l'absorption du pus dans la cavité péritonéale, c'est la présence à peu près constante dans le petit bassin, d'un pus blanc, louable, ayant tous les caractères du pus phlegmoneux, alors même que dans le reste de l'abdomen il n'existe que de la sérosité. Il est vrai qu'on trouve égalemeut des vaisseaux lymphatiques pleins de pus dans la péritonite pseudo-membraneuse.

XI. Relativement à l'absorption du pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, la coïncidence de la présence du pus dans le tissu cellulaire et de sa présence dans les vaisseaux lymphatiques, est tellement fréquente, que j'ai cru pendant long-temps qu'il y avait rapport de dépendance : mais j'ai été dissuadé de cette manière de voir par un grand nombre de cas, dans lesquels j'ai rencontré, tantôt des vaisseaux lymphatiques pleins de

(1) Voyez *Essai sur l'Anatomie pathologique*, Paris, 1816, pag. 199.

(2) *Précis élémentaire de Physiologie*, t. 2, p. 218.

(3) On pourrait cependant admettre que les vaisseaux lymphatiques ont la faculté de s'emparer du pus, au milieu d'éléments hétérogènes, comme les vaisseaux chylifères puisent le chyle au milieu des matières alimentaires.

pus au milieu d'un tissu cellulaire sain, tantôt, au contraire, des vaisseaux lymphatiques sains au milieu d'un tissu cellulaire infiltré d'une gande quantité de pus.

XI. Si l'existence du pus dans les vaisseaux lymphatiques était un fait physiologique d'absorption, on devrait retrouver ce liquide toutes les fois que la matière à absorber et les vaisseaux qui absorbent sont en présence. Or, dans un grand nombre de péritonites puerpérales, les vaisseaux lymphatiques ne contiennent pas de pus.

XII. La transparence parfaite des vaisseaux lymphatiques intrà et extrà-utérins pleins de pus, l'intégrité de leurs parois, l'absence complète de toute injection sanguine, de tout épaississement, de toute infiltration séreuse soit dans ces parois elles-mêmes, soit dans le tissu cellulaire environnant, à tel point que ces vaisseaux s'effacent et disparaissent lorsqu'ils ont été vuidés par une ponction du pus qu'ils contenaient; toutes ces circonstances éloignent l'idée d'une inflammation dans cet ordre de vaisseaux.

XIII. La dilatation si considérable des vaisseaux lymphatiques qui atteignent quelquefois le volume du petit doigt et même un volume plus considérable encore dans leurs ampoules, ne saurait être invoquée comme preuve d'une altération quelconque dans leurs parois. Car une extensibilité presqu'illimitée est l'attribut de cet ordre de vaisseaux, et nous avons vu d'ailleurs que, dans l'état de grossesse, les vaisseaux lymphatiques ont participé d'une manière extraordinaire, je dirais presque exagérée, au développement de tous les élémens organiques de l'utérus.

XIV. L'inaltérabilité des vaisseaux lymphatiques est partagée par les ganglions injectés de pus auxquels ces vaisseaux aboutissent. Les ganglions injectés de pus ressemblent exactement aux ganglions mésentériques pendant le travail de la chylification. Le tissu des ganglions ne présente ni ramollissement ni coloration sanguine insolite; comme il n'est pas rare de rencontrer les ganglions lymphatiques pelviens enflammés dans ce genre de maladie, j'ai pu établir immédiatement le parallèle entre les ganglions gonflés par le pus dont la source vient d'ailleurs, et les ganglions pénétrés d'un pus formé au sein même de ces ganglions par l'effet d'un travail inflammatoire.

XV. Je regarde donc comme chose démontrée, la circulation du pus dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques sains. Mais il ne découle pas nécessairement de ce fait, que le pus y ait été introduit par voie d'absorption; car n'est-il pas possible que ce pus ait été produit par inflammation dans une partie de ces vaisseaux antérieure dans l'ordre de la circulation, à celle qu'on observe.

XVI. Cette manière de voir, qui s'applique à tous les faits et qui concilie toutes les opinions, n'est pas seulement la plus probable, mais elle est appuyée sur les observations suivantes: 1° Souvent autour des vaisseaux lymphatiques qui rampent à la surface de l'utérus, on trouve de la sérosité infiltrée, de petits vaisseaux injectés; en outre les parois de ces vaisseaux présentent une couleur opaline, un épaississement notable, et leur affaissement après l'évacuation du pus qu'ils contiennent est moins complète que dans l'état naturel. 2° J'ai eu occasion d'ouvrir le corps d'un individu qui succomba dans l'état typhoïde, à un phlegmon érysipèlateux de la jambe. Plusieurs vaisseaux lymphatiques, superficiels et profonds du membre abdominal étaient remplis de pus dans toute leur étendue, et les ganglions inguinaux étaient injectés. Jusqu'au tiers moyen de la cuissse, ces vaisseaux étaient entourés d'un tissu cellulaire dense, infiltré et injecté. Au niveau des deux tiers supérieurs de la cuisse, aucune trace d'inflammation ou de fluxion quelconque dans le tissu cellulaire ambiant. Les ganglions inguinaux injectés de pus, étaient d'ailleurs parfaitement sains. 3° Comme derniers arguments en faveur de la formation du pus, au sein même des vaisseaux lymphatiques, j'invoquerai : 1° une observation qu'on lira plus bas, dans laquelle je trouvai pour toute lésion du pus dans les vaisseaux lymphatiques, sans la moindre trace, soit de péritonite, soit d'altération du tissu propre de l'utérus; 2° j'invoquerai sur-tout cet autre fait qui est le résultat d'un grand nombre d'observations,

savoir que dans le cas où les malades, ayant résisté aux accidents primitifs, ont succombé aux accidents consécutifs, on trouve aux angles supérieurs de l'utérus, le long de ses bords, en un mot dans les régions où se voit le plus habituellement du pus, de petits foyers remplis de pus demi-concret. Or, n'est-il pas évident que cette altération présuppose un état pathologique, et qu'un liquide pathologique physiologiquement absorbé, au lieu de former ainsi des foyers, circulerait purement et simplement dans les voies de la circulation lymphatique.

XVII. Si la question relative à la source du pus contenu dans les vaisseaux lymphatiques peut être considérée comme une question dont la solution intéresse bien davantage la théorie que la pratique, il n'en est pas de même de la question relative aux effets de la présence du pus dans cet ordre de vaisseaux. Nous l'avons dit (XI^{e} livr.) à l'occasion de la phlébite, toutes les fois qu'une veine enflammée arrive à suppuration, ou plus généralement, toutes les fois qu'il existe du pus dans une veine, si l'oblitération du vaisseau au-dessus et au-dessous, si l'oblitération de toutes les voies collatérales n'interceptent pas complétement toute circulation du pus contenu dans ce vaisseau, il y a infection du sang; le pus arrêté dans telle ou telle partie du système capillaire, agit à la manière d'un corps étranger, et produit des phlébites secondaires, qui ont pour résultat ces abcès multipliés du foie, des poumons qui éludent tous les efforts de l'art. En serait-il de même de la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques? Le sang serait-il infecté par le pus lymphatique, de même qu'il l'est par le pus veineux?

XVIII. L'observation me paraît répondre négativement. Les liquides en circulation dans le système lymphatique, n'arrivent pas en effet directement dans le sang: ils traversent nécessairement un ganglion lymphatique, ou même plusieurs ganglions lymphatiques, espèces de filtres vivants, où le liquide est en quelque sorte jugé et le plus souvent arrêté, lorsqu'il possède des qualités délétères. Voyez, en effet, ce qui arrive tous les jours, à la suite des piqûres envenimées, dans les amphithéâtres de dissection. Les vaisseaux lymphatiques qui répondent à la petite plaie, s'enflamment, mais rarement se déclare-t-il des symptômes généraux: le ganglion est une barrière à l'infection. Lorsqu'existent des symptômes généraux, rien ne prouve qu'ils aient été le produit de la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques.

XIX. Le fait indiqué plus haut, savoir: la présence d'un pus concret chez les malades qui ont résisté aux accidents primitifs, semblerait dénoter qu'il se passe dans les vaisseaux lymphatiques quelque chose de semblable à ce qui se passe dans la phlébite circonscrite, c'est-à-dire que le pus finit par être absorbé complétement. La concentration, la solidification du pus attestent en effet le phénomène de l'absorption. L'absorption s'opère donc dans les vaisseaux absorbants eux-mêmes.

XX. Il suit de cette discussion, que dans les cas où l'on rencontre du pus dans les vaisseaux lymphatiques, il est probable que ce pus a été formé au sein même des vaisseaux, dans un point plus ou moins rapproché de leur origine, par suite d'une phlébite lymphatique; mais que le pus une fois formé peut circuler dans les vaisseaux sains, jusqu'à une distance plus ou moins considérable. Il serait d'ailleurs possible que dans la phlébite lymphatique, comme d'ailleurs dans la phlébite veineuse, le pus fût tantôt circonscrit par l'inflammation adhésive dans le lieu de son origine, et tantôt libre, en circulation dans le vaisseau.

XXI. Les questions de thérapeutique, relatives à la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques, sont encore prématurées, il faudrait, pour les résoudre d'une manière satisfaisante, que cette présence du pus fût constatée par des symptômes bien tranchés, susceptibles d'être démêlés au milieu des autres symptômes; il faudrait sur-tout que la question de savoir si cette présence tient à l'inflammation ou à l'absorption eût été décidée d'une manière péremptoire.

Les observations suivantes donneront une idée de ce terrible typhus puerpéral, dans lequel on trouve si souvent l'altération représentée planches 1, 2, 3, XIII^e^ livraison; elles seront suivies d'une observation, la seule de ce genre qu'il m'ait été donné de rencontrer, dans laquelle la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques était la seule altération cadavérique.

Observation de typhus puerpéral mortel en quarante-huit heures. Péritonite. Infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal. Présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques.

Lanfray, 27 ans, d'une forte constitution, accouche le 21 février 1831, époque où régnait le typhus puerpéral dans toute son intensité : état satisfaisant les trois jours suivants. On me fait voir, pour la première fois, cette malade le 24. Elle accusait une douleur hypogastrique assez vive; pouls à 140, peu résistant; bouche amère; dévoiement; envies de vomir. Pronostic très-grave fondé en grande partie sur la fréquence du pouls.

Prescription : *Trente sangsues sur l'épigastre,* XXIV *grains ipécacuanha. Dans la journée, bain de siége qu'on animera, au bout d'une heure, avec de la farine de moutarde; frictions à la partie interne des cuisses et sur l'abdomen, avec une once d'onguent napolitain; chiendent gommé pour boisson.*

A la visite du soir, vomissements et selles répétées; hypogastre moins sensible que le matin; pouls grêle, très fréquent. Cette malade me paraît perdue.

Le 25. Abdomen tendu, excessivement et généralement douloureux; respiration courte, anxieuse, arrêtée par la douleur abdominale. « La poitrine se ferme, disait cette malheureuse, soulagez-moi ou je meurs faute d'air. » Facultés intellectuelles dans l'état le plus parfait d'intégrité.

Vésicatoires à la partie interne des cuisses. Synapismes. Frictions avec trois onces d'onguent napolitain. Mort pendant la nuit.

Ouverture du cadavre. Péritonite caractérisée par de la sérosité trouble et des flocons albumineux; infiltration de pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque gauche. L'infiltration se continuait, d'une part, le long de la veine ovarique gauche jusqu'au rein; d'une autre part, dans le tissu cellulaire qui recouvre le col de l'utérus, et particulièrement dans celui qui unit le vagin à la vessie. Les parois du vagin elles-mêmes étaient pénétrées de pus dans toute leur épaisseur et dans la moitié supérieure de la longueur de ce canal.

Les vaisseaux lymphatiques qui longent les côtés de l'utérus, ceux qui rampent dans l'épaisseur des ligaments larges, le long des trompes et des ovaires étant pleins de pus, on suivait le pus jusqu'aux ganglions lymphatiques lombaires qui étaient eux-mêmes injectés. En incisant l'utérus au moyen de l'insertion des trompes, on voyait un très grand nombre d'orifices béants appartenant aux vaisseaux lymphatiques (voyez pl. I et III). Les veines utérines étaient parfaitement saines.

Réflexions. La fréquence considérable dans le pouls est un signe presque constamment mortel dans le typhus puerpéral. Tel est le caractère de gravité de cette maladie, que, malheureusement, je ne me suis jamais trompé dans un pronostic funeste; tandis que mes espérances ont été bien souvent déçues.

On conçoit combien, au milieu d'altérations aussi multipliées, il est difficile de déterminer le rôle qu'a pu jouer le pus contenu dans les vaisseaux lymphatiques.

Typhus puerpéral mortel en vingt-quatre heures. Péritonite. Inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal. Vaisseaux lymphatiques pleins de pus. Ramollissement d'un ovaire.

M^me^ ....., d'une forte constitution, accouche heureusement dans la nuit du 7 au 8 janvier 1831.

(1) Cette femme appartient à une série de douze femmes accouchées le même jour, dont six sont mortes. Il arrive souvent dans le cours d'une épidémie, que toutes les malades qui accouchent le même jour et qui ont été soignées par la même série d'élèves, sont très gravement prises et succombent; tandis que le même jour toutes les malades accouchées par une autre série d'élèves, au milieu de circonstances absolument les mêmes, sont toutes respectées.

Le 8, sur le soir, après la visite, elle est prise de frisson et de douleur abdominale. On applique quarante sangsues sur l'hypogastre, et plus tard quinze à la vulve.

Je ne la vis que le lendemain 9 : elle était à l'agonie. Extrémités froides; lèvres violettes; point de pouls; point de conscience de son état. L'abdomen était volumineux, mais la malade ne manifestait aucune douleur par la pression.

Je prescrivis, pour l'acquit de ma conscience, deux vésicatoires à la partie interne des cuisses, huit grains de kermès minéral dans une potion. Elle mourut dans la journée. D'après les renseignements que j'ai recueillis, l'évacuation du sang obtenue par les sangsues, avait été très-considérable, et on avait eu beaucoup de peine à l'arrêter.

Ouverture du corps, dix-huit heures après la mort.

Sérosité légèrement sanguinolente dans la cavité du péritoine; dans le bassin, au fond du cul-de-sac qui sépare l'utérus du rectum, il y avait un peu de pus bien lié.

L'utérus était très volumineux, et s'élevait de beaucoup au-dessus du détroit supérieur.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal, qui répond au cœcum et au colon ascendant, était infiltré de pus : on voyait, le long de la veine ovarique gauche, des vaisseaux lymphatiques d'un volume extrêmement considérable, moniliformes, pleins de pus, lequel n'arrivait pas jusqu'aux ganglions lombaires, et disparaissait brusquement au niveau de l'extrémité inférieure du rein droit, en sorte que les ganglions lombaires n'étaient nullement injectés.

Les ligaments larges étaient infiltrés d'une matière trouble, séro-purulente, au milieu de laquelle se voyaient une foule de vaisseaux lymphatiques pleins d'un pus jaunâtre. L'infiltration purulente occupait encore le tissu cellulaire sous-péritonéal du col de l'utérus, et se prolongeait entre la vessie, d'une part, le col de l'utérus et le vagin, de l'autre.

L'ovaire gauche, volumineux, était d'une mollesse telle que le moindre contact a suffi pour le déchirer.

Le canal thoracique était vide.

Dans l'observation précédente, le pus était parfaitement formé au bout de vingt-quatre heures de maladie. Dans celle qui suit, il l'était tout aussi bien, et cependant la maladie n'avait duré que quinze heures; mais il est probable que l'inflammation avait précédé l'accouchement. Ce n'est pas la première fois que j'ai pu m'assurer qu'on attribue souvent à une maladie postérieure à l'accouchement, une lésion qui lui est antérieure.

Typhus puerpéral mortel en quinze heures. Péritonite purulente. Vaisseaux lymphatiques pleins de pus. Ramollissement aigu avec mélanose du poumon.

Croisier, âgée de vingt ans environ, fille idiote, grosse de huit mois environ, entrée à la Maternité le 17 janvier 1831 (au plus fort de l'épidémie); le 20, elle éprouve des douleurs abdominales qui s'accompagnent de fièvre. La douleur et la fièvre persistent jusqu'au 25 qu'elle accouche d'un enfant mort.

On me montre cette malade le 26 pour la première fois : elle est mourante; le pouls est insensible, les yeux sont largement ouverts; elle n'a pas la conscience de son état et sourit en me regardant; je vais aux renseignements, on me donne ceux qui précèdent.

Prescription : *Cataplasmes synapisés à la partie interne des cuisses. Potion avec camphre et éther.*

Mort pendant le jour, quinze heures après l'accouchement. D'après les commémoratifs, j'avais annoncé que la péritonite était antérieure à l'accouchement.

Ouverture du cadavre. Le péritoine contient une grande quantité de pus blanc, aussi bien lié que celui qui sort de l'ouverture d'un abcès phlegmoneux.

Les vaisseaux lymphatiques qui longent les bords de l'utérus, ceux qui occupent l'épaisseur des ligaments larges, ceux qui émargent des angles supérieurs de l'utérus, sont pleins de pus.

Les poumons m'ont offert une altération singulière, que je n'ai vu décrite nulle part et qui figurera dans une prochaine livraison. Cette altération, qui régnait dans les trois quarts postérieurs du lobe inférieur du poumon gauche, consiste dans un ramollissement tel que le moindre contact déchire l'organe et le réduit en lambeaux. La couleur n'est pas moins remarquable : elle est d'un noir d'ardoise foncé, et une grande quantité de liquide de même couleur est infiltrée et même épanchée dans une cavité creusée au milieu de cette masse ramollie.

Il y a donc ramollissement et pulpe, couleur noire, et cependant ce n'est pas la gangrène; car il n'y a

pas d'odeur gangréneuse, pas de décomposition putride ; le poumon est imprégné, dans toute son étendue, de l'odeur du camphre. J'ai teint avec le liquide exprimé de ces poumons le mur de l'amphithéâtre ; la couleur ne s'est pas effacée : c'est un ramollissement aigu avec mélanose.

Dans l'observation suivante, la maladie a présenté une plus longue durée. La gravité qui se cachait derrière des symptômes d'une apparente bénignité, a été trahie par l'état du pouls. Le traitement par l'ipécacuanha a échoué comme échouent tous les modes de traitement connus dans cette cruelle affection.

Typhus puerpéral. Mort au bout de cinquante heures. Péritonite purulente. Infiltration de pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Vaisseaux lymphatiques pleins de pus. Pus dans la trompe utérine. Ramollissement de l'un des ovaires.

Michel (Adélaïde), 30 ans, bien constituée, grosse pour la troisième fois, entre à la Maternité le 9 février 1831. Sa grossesse a été rendue très pénible par des vomissemens opiniâtres et des douleurs dans les reins et l'hypochondre droit : accouchement naturel à terme le 11 février à cinq heures du matin, après un travail de onze heures ; le même jour, à onze heures du soir, frisson d'une heure après lequel la malade reposa parfaitement ; à cinq heures du matin, douleurs abdominales et sur-tout hypogastriques. Je vis la malade à huit heures; elle était dans l'état suivant :

Pouls extrêmement fréquent à 180, et dépressible ; face altérée ; la malade n'accuse aucune douleur ; cependant l'abdomen est médiocrement sensible à la pression (l'utérus est incliné à gauche) : trois selles en diarrhée ; soif vive ; respiration bonne ; facultés intellectuelles dans l'état le plus parfait d'intégrité ; les lochies sanguinolentes coulent abondamment. Pronostic aussi fâcheux que possible. Je n'ai vu guérir aucune des malades dont le pouls a présenté immédiatement une fréquence aussi considérable et ce caractère de dépressibilité. Le mauvais effet ou l'inutilité des évacuations sanguines dans des cas analogues, et même généralement dans tout le cours de l'épidémie de typhus puerpéral, était un fait arrêté par moi ; j'étais à la recherche d'une autre méthode thérapeutique ; l'ipécacuanha si prodigieusement vanté par Doulcet et Doublet, et depuis par bien d'autres praticiens, fut administré successivement à une nombreuse série de malades, et, comme la saignée, il échoua complétement toutes les fois que la maladie présenta un caractère de gravité bien prononcé. La malade qui fait le sujet de cette observation, vint grossir le nombre des cas malheureux.

Prescription : *Ipécacuanha*, XXIV *gr. Irrigations utérines pratiquées avec* 15 *litres d'eau émolliente. Bain entier, de trois heures. Le soir, bain de siége ; on ajoutera une demi-livre de farine de graine de moutarde. Frictions avec axonge camphrée sur l'abdomen. Cataplasme renouvelé toutes les trois heures. Gomme édulcorée, trois pots.*

L'ipécacuanha ne fit pas vomir, mais provoqua plusieurs selles noirâtres d'une grande fétidité ; les douleurs abdominales s'éveillent et sont soulagées par le grand bain où la malade peut rester trois heures sans fatigue. Les injections utérines ont été faites avec grand soin et ont paru soulager ; le soir, le pouls était toujours très fréquent, mais plus résistant ; les douleurs abdominales presque nulles ; plusieurs selles en diarrhée ; soif très vive.

La nuit, les douleurs abdominales s'étant réveillées, elles ont été calmées par le bain de siége synapisé qui n'avait pas été donné le soir.

Le 13, à la visite du matin, la malade paraît mieux ; l'abdomen n'est presque plus sensible à la pression ; le pouls est à 140°, mais toujours dépressible ; face rouge ; langue rouge à son limbe, blanche à sa face supérieure : deux selles en diarrhée; lochies sanguinolentes moins abondantes.

Prescription : *Ipécac.* XXIV *grains, en trois doses. Bain de trois heures. Irrigations uterines avec quinze litres d'eau. Bain de siége synapisé le soir.*

Point de vomissements ; mais plusieurs selles en diarrhée à la suite de l'ipécacuanha. La malade n'a pu rester qu'une demi-heure dans le bain, à cause de sa faiblesse, et au sortir du bain elle a eu une syncope. Immédiatement après les injections utérines, frisson très-intense qui dure une demi-heure et est suivi d'une transpiration abondante. Le bain de siége synapisé ne peut être administré. Le soir, soif ardente ; agitation ; faiblesse et fréquence du pouls. La nuit, à 11 heures, frisson d'une demi-heure, suivi d'agitation et de délire. Mort le 14, à 8 heures du matin, cinquante heures environ après l'invasion, soixante-huit heures après l'accouchement.

Ouverture du corps au bout de vingt-quatre heures: Un litre de sérosité purulente dans la cavité du péritoine; pus bien lié dans la cavité pelvienne, entre la vessie et l'utérus d'une part, entre le rectum et l'utérus d'une autre part. Les intestins présentent à leur surface des lignes ponctuées de rouge, dirigées suivant leur longueur.

Les intestins ayant été renversés à droite et le péritoine détaché par lacération, nous avons vu du pus infiltré dans le tissu cellulaire du petit bassin : l'infiltration s'étendait au-devant de la région lombaire, jusque dans l'épaisseur du mésentère.

Au milieu de cette infiltration, on suivait avec peine des vaisseaux lymphatiques pleins de pus, le long des veines ovariques, droites et gauches. L'injection purulente des vaisseaux lymphatiques m'a paru plus rare du côté gauche, que du côté droit.

De chaque côté de la ligne médiane, la face postérieure de l'utérus était parcourue par des lignes saillantes noueuses, disposées en réseau. Ces lignes saillantes étaient formées par des vaisseaux lymphatiques pleins de pus qui soulevaient le péritoine et la couche la plus superficielle du tissu de l'utérus. La ligne médiane seule était respectée : les troncs lymphatiques les plus volumineux longeaient les bords de l'utérus; un grand nombre émergeaient des angles supérieurs de cet organe pour suivre la direction de la trompe, et se réfléchir ensuite de bas en haut le long des veines ovariques. Cette disposition est exactement celle représentée pl. 2. L'injection purulente était bornée aux vaisseaux lymphatiques superficiels. Les veines utérines étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité.

Un des ovaires était volumineux, infiltré de pus et de sérosité, extrêmement ramolli et se déchirant avec la plus grande facilité.

Les trompes contenaient une assez grande quantité de pus de même qualité que le pus de la cavité pelvienne, en sorte qu'on pouvait se demander si la péritonite n'avait pas été le résultat de l'épanchement du pus de la trompe dans la cavité péritonéale.

Dans les observations que je viens de citer, il est bien difficile de faire la part de l'influence que la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques a exercée sur les symptômes et sur la terminaison funeste de la maladie. Des faits plus nombreux présenteraient des combinaisons nouvelles de la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques avec la péritonite, avec l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, avec une pleurésie simple ou double, avec l'inflammation des muscles et des synoviales, sans jeter un nouveau jour sur la question qui nous intéresse en ce moment.

Il n'y a pas le moindre parallèle à établir pour l'aspect entre les vaisseaux lymphatiques utérins pleins de pus, et les veines utérines pleines de pus. Dans les veines, il y a toujours également trace d'inflammation : la veine est épaissie, fragile, souvent tapissée par une couche blanchâtre ou grisâtre; la couche utérine qui l'environne est injectée; dans les vaisseaux lymphatiques, si vous évacuez le pus, vous diriez des vaisseaux parfaitement sains. Si vous en exceptez la dilatation, c'est en général la même transparence, la même absence d'injection que dans l'état naturel.

Ce sont sans doute des vaisseaux lymphatiques pleins de pus, et non point des veines, qu'avait vus mon ami le professeur Dugès (1), lorsqu'il parle de ces veines pleines de pus, qui ne présentaient ni rougeur, ni épaississement, et lorsque, distinguant cette altération de celle qui est la suite d'une vraie phlébite, il admet que le pus est porté dans ces veines par une véritable absorption. Mais que devient le pus contenu dans les vaisseaux lymphatiques? Les observations suivantes répondront à cette question.

Péritonite pseudo-membraneuse latente. Pus dans les vaisseaux lymphatiques. Double pleurésie pseudo-membraneuse latente.

Briconne, âgée de 24 ans, accouche naturellement le 1er novembre 1831, de son second enfant; la montée du lait s'effectue. Son état ne paraît avoir aucune gravité; le 9 seulement, la malade présente des symptômes obscurs de péritonite : dix-huit grains d'ipécacuanha lui furent administrés.

Le 10, voyant cette malade pour la première fois (j'avais été forcé de m'absenter), je la trouvai au

(1) Voyez les excellents *Mémoires sur la péritonite puerpérale*, insérés dans le Journal hebdomadaire, 1828, t. 1er, et 1830, t. 6.

plus mal ; abdomen volumineux, médiocrement sensible à la pression ; pouls petit, fréquent ; respiration fréquente ; narines pulvérulentes. Je n'explorai pas le thorax.

Prescription : *Trente sangsues sur l'hypogastre qui donnèrent toute la nuit. Injections utérines. Bains de siège. Cataplasmes émollients.*

Le 11, la malade est dans un état désespéré. Face altérée ; narines pulvérulentes ; respiration fréquente ; pouls petit, fréquent.

Six *grains tartre stibié, dans six onces d'eau, à prendre par cuillerées toutes les deux heures. Bain de siége émollient.*

Point de vomissements. Agonie qui se prolonge jusqu'au 12, à 8 heures du matin.

Ouverture du cadavre : Péritonite pseudo-membraneuse ; masses de fausses membranes rassemblées comme par foyers entre les circonvolutions intestinales et entre les diverses parties du mésentère, entre le diaphragme et le foie et dans l'hypogastre. Zônes d'injection le long des intestins.

Tissu cellulaire sous-péritonéal très-sain ; les vaisseaux lymphatiques qui répondent aux angles supérieurs de l'utérus étaient pleins de *pus concret.*

Le tissu de l'utérus est fragile ; l'ovaire droit est volumineux.

Poumons sains : double pleurésie pseudo-membraneuse.

La péritonite pseudo-membraneuse se manifeste très-souvent sous la forme latente : c'est le plus généralement la péritonite sans douleur. Elle est peut-être moins grave que la péritonite séreuse purulente ou séro-purulente.

La double pleurésie a été également pseudo-membraneuse et latente ; elle a été consécutive. Il m'est arrivé bien souvent de voir une pleurésie simple ou double, enlever en vingt-quatre heures des malades qui avaient résisté à la péritonite. D'autres fois, le malade qui avait échappé à la péritonite, a succombé à une pleurésie chronique, au bout de 2, 3, 4 mois.

Le pus contenu dans les vaisseaux lymphatiques commençait à se concréter par l'absorption de sa partie la plus séreuse.

Dans d'autres cas, les femmes qui avaient résisté à la péritonite, ayant succombé au bout d'un temps plus ou moins long à d'autres maladies consécutives, j'ai rencontré le pus des vaisseaux lymphatiques, concret à la manière du mastic de vitrier, et tout annonce que plus tard l'absorption aurait été complète.

L'observation suivante établit que la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques, peut avoir lieu sans péritonite, sans inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal et même sans inflammation du tissu propre de l'utérus et des trompes.

Fièvre puerpérale. Mort le neuvième jour. Pour toute lésion cadavérique, pus dans les vaisseaux lymphatiques.

Girardot (Marguerite) 36 ans, fortement constituée, entrée à la Maternité le 2 mai 1831, accouche le même jour après un travail de neuf heures (l'épidémie avait complétement cessé) ; état très satisfaisant le 3 et le 4, matin : le soir du 4, frisson qui dure une demi-heure et est suivi de sueur et de céphalalgie.

Le 5, à la visite, fréquence dans le pouls ; la compression exercée à la région hypogastrique y développe une légère sensibilité.

Prescription : 30 *sangsues. Cataplasmes émollients. Bain de siége ; gomme édulcorée. Diète.*

Le soir, vomissements de matières verdâtres, plusieurs selles en diarrhée.

Le 6, pouls fréquent, developpé ; face rouge ; céphalalgie intense ; hypogastre douloureux à la pression : la toux et les mouvements y développent de la sensibilité ; soif ; chaleur ; sécrétion laiteuse.

Saignée au bras. Bain de siége émollient. Cataplasme émollient. 20 *sangsues conditionnelles, qui furent appliquées.*

Le 7, céphalalgie moindre ; vomissements bilieux ; douleur à l'hypogastre et à la fosse iliaque gauche ; pouls fréquent à 128 : les nausées, les efforts de vomissements et les vomissements surviennent au moindre mouvement, à la moindre ingestion de boisson.

20 *sangsues. Bain de siége émollient. Potion avec bi-carbonate de soude. Limonade citrique.*

Les 8, 9, 10, point d'amélioration ; face altérée, jaunâtre, douleur légère et tuméfaction à la région

hypogastrique et sur-tout à gauche ; il faut une pression assez forte pour développer la sensibilité. Du reste, l'abdomen n'est nullement ballonné. Le pouls est faible et fréquent, à 128.

Demi potion calmante pour la nuit. Bain de siége.

Le 11, la malade se croit très bien, demande instamment à manger; loquacité ; je suis obligé de lui imposer silence. Le pouls est petit, fréquent, à 128; l'abdomen est volumineux mais souple, indolent. Plus d'envies de vomir, trois selles en diarrhée.

Demi-potion calmante. Trois bouillons. Confitures. Bain de siége.

Le soir, pouls extrêmement petit et fréquent; agitation pendant la nuit; insomnie; une selle en diarrhée.

Le 12, le pouls est devenu misérable, il est d'ailleurs extrêmement fréquent ; abdomen insensible à la pression, léger délire.

Potion avec sulfate de quinine, 12 *grains. Deux vésicatoires à la partie interne des cuisses.*

Le 13, délire violent qui oblige de fixer la malade dans son lit; ce délire est diminué à l'aide d'une potion calmante; mort à huit heures du soir, le onzième jour de l'accouchement et le neuvième de l'invasion.

Ouverture du cadavre le 14 *matin, douze heures après la mort :* Point de péritonite ; point d'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal. Les vaisseaux lymphatiques superficiels de l'utérus forment des cordons noueux le long des faces et des bords de cet organe et le long de la veine ovarique du côté gauche. Le pus cesse brusquement dans cette veine au niveau du détroit supérieur et par conséquent n'atteint pas les ganglions lombaires. Ces vaisseaux ouverts donnent issue à un pus qui jouit d'une certaine consistance, et au milieu duquel se voient quelques concrétions blanchâtres élastiques, assez semblables au coagulum qu'on rencontre dans les veines. Plusieurs de ces vaisseaux lymphatiques aboutissaient aux ganglions qui occupent le trou sous-pubien. Les parois des vaisseaux étaient entourées d'un tissu cellulaire dense, et les orifices des coupes de ces vaisseaux ne s'affaissaient pas complétement.

En coupant l'utérus par couches minces successives, on voyait une multitude d'ouvertures pleines de pus ; ces ouvertures appartenaient, non à des veines, mais à des vaisseaux lymphatiques, lesquels formaient des aréoles entre les diverses couches de l'utérus. Les veines étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité.

La face interne de l'utérus, les cotylédons utérins étaient recouverts d'une couche noirâtre pseudo-membraneuse ; les veines de ces cotylédons étaient remplies de sang.

Les ovaires, les trompes, tous les organes de l'abdomen du thorax et le cerveau, étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité.

L'observation qu'on vient de lire est le seul exemple que j'aie rencontré de maladie puerpérale mortelle, offrant pour toute lésion du pus dans les vaisseaux lymphatiques utérins ; mais, quoique unique, cette observation n'en prouve pas moins : 1° que le pus peut exister dans les vaisseaux lymphatiques utérins, indépendamment de la péritonite, de toute inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, du tissu propre de l'utérus, des ovaires et des trompes; 2° que la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques, doit être considérée comme la conséquence, non de l'absorption de ce liquide, mais de l'inflammation propre de ces vaisseaux.

Quant au diagnostic de cette maladie, il est bien difficile de l'établir d'après un seul fait. L'absence des signes de la péritonite, une douleur hypogastrique légère, des nausées, des vomissements; voilà des symptômes bien vagues. Cette maladie se confond par ses symptômes, soit avec la phlébite, soit avec la péritonite circonscrite. Le traitement applicable à l'une ou l'autre de ces lésions doit convenir d'ailleurs à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

Tumeurs fibreuses avec kyste séreux de l'utérus coïncidant avec un renversement du vagin (1). *Alongement remarquable avec hypertrophie de l'utérus*, pl. IV, XIII^e livr.

Lorsqu'une tumeur fibreuse se développe dans l'utérus d'une femme préalablement affectée d'un renversement du vagin, il semble, au premier coup d'œil, qu'elle doive

(1) Pièce communiquée à la Société anatomique par M. Lenoir, aide d'anatomie de la Faculté.

exercer sur ce renversement la même influence que la grossesse, c'est-à-dire que dans son accroissement progressif, elle tendra à en opérer la réduction, excepté dans le cas où le prolapsus est complet. L'utérus figuré pl. IV, qui présente la coïncidence d'une tumeur fibreuse très-considérable, avec un renversement du vagin, est en opposition avec les prévisions du raisonnement, et cependant il n'existait aucune cause particulière qui parût s'opposer à la réduction du vagin renversé.

La surface du vagin renversé V R, était recouverte par un épiderme épais qui se prolongeait manifestement sur le museau de tanche M T, où il se terminait par un bord dentelé. Des plaques irrégulières d'épiderme épaissi se voyaient sur la paroi postérieure du vagin.

Du museau de tanche part un long canal qui, au premier coup d'œil, représente la partie spongieuse de l'urètre, c'est le col utérin C U prodigieusement alongé, qui présente à sa face interne, des lacunes L, L, L, tout-à-fait semblables aux lacunes du canal de l'urètre chez l'homme. Les parois de ce col sont amincis et ramollis.

De la cavité du col, on arrivait sans intermédiaire dans la cavité du corps de l'utérus dont les parois épaissies, vasculaires, hyperthrophiées comme dans la grossesse, contenaient plusieurs tumeurs fibreuses d'inégal volume, qui se séparaient par une véritable énucléation.

La tumeur fibreuse principale T F, qui occupe le fond de l'utérus, est développée dans l'épaisseur de cet organe, elle lui adhére par des liens celluleux faciles à déchirer.

Un kyste séreux considérable, K S, K S prolongeait en haut cette tumeur dont il quadruplait le volume. Ce kyste semblait formé dans l'épaisseur de la tumeur fibreuse, dont la substance ou trame était à nu dans l'intérieur du kyste. Les parois de ce kyste étaient formées de deux feuillets, l'un intérieur mince, d'apparence séreuse, l'autre extérieur fibreux, très-dense, se continuant avec le tissu propre de l'utérus dont il était peut-être une dégénération.

Réflexions. 1° Aucun tissu n'est plus extensible, plus malléable que le tissu de l'utérus, lorsqu'il a subi le ramollissement qui accompagne constamment son hypertrophie. Il s'alonge, s'étend dans tous les sens, et ce n'est que lorsque sa distension est portée outre mesure, qu'à l'hyperthrophie succède l'atrophie, et qu'on le voit se tranformer en une membrane fibreuse qui enveloppe les tumeurs fibreuses comme dans un kyste.

2° Une tumeur fibreuse s'accompagnant constamment de l'hyperthrophie du tissu de l'utérus, et se développant en outre avec beaucoup de lenteur, on conçoit dans ce cas l'alongement graduel et la non réduction de l'utérus.

3° La coexistence d'un kyste séreux et d'une tumeur fibreuse de l'utérus, l'un et l'autre occupant la même coque, est un fait remarquable. Il trouve son explication dans d'autres observations où les tumeurs fibreuses étaient infiltrées d'une quantité plus ou moins considérable de sérosité, et où cette sérosité faisait collection dans un ou plusieurs points.

Utérus cloisonné dans toute sa longueur (Planche V^{e}, XIII^{e} livraison).

L'utérus représenté appartenait à une femme qui a succombé au typhus puerpéral.

La figure 1 montre cet utérus vu à l'extérieur et par sa face postérieure. Le côté droit U' est beaucoup moins développé que le côté U, les deux orifices utérins O U, O' U' sont dans les mêmes proportions que les côtés correspondants de l'utérus.

La figure 2 représente le même utérus ouvert par sa face antérieure. Une cloison verticale C C sépare la cavité utérine en deux poches parfaitement distinctes, l'une droite plus petite, et l'autre gauche plus considérable. C'est dans cette dernière que s'était développé le produit de la conception, on voit des cotylédons utérins, dans le lieu d'insertion du placenta.

Réflexions. Les exemples d'utérus cloisonnés sont beaucoup plus rares que les exemples d'utérus bifides. La science n'en possédait peut-être qu'un seul cas, successivement figuré par Grauel, Eisenmann et M. Lauth fils, et que j'ai reproduit (fig. 5, pl. V, IV^{e} livraison.) Encore, dans ce cas, l'utérus était-il seulement cloisonné dans son corps.

On voit que la cavité utérine vide avait participé au développement de celle qui contenait le produit de la conception, et sous ce point de vue, les utérus cloisonnés diffèrent

essentiellement des utérus bifides; car nous avons vu, dans un cas d'utérus bifide observé quelques jours après l'accouchement (fig. 2, même planche, même livraison), que la division vide avait conservé les caractères d'un utérus étranger au travail de la grossesse; il n'y avait, dans l'un et l'autre cas, aucun vestige de membrane caduque. Il n'est peut-être pas sans intérêt de rapprocher de ces faits deux cas de grossesse extrà-utérine, avec absence complète de membrane caduque, que j'ai eu lieu d'observer dans la cavité de la matrice.

Tumeurs fibreuses, pl. VI, XIII^e livr.

La fig. I représente ouvert, par sa face antérieure, un utérus dont le volume égale celui d'une femme arrivée au troisième mois de la grossesse. Une tumeur fibreuse considérable, TF, remplit sa cavité; cette tumeur est recouverte par une membrane extrêmement mince, formée aux dépens de la couche la plus superficielle de la paroi postérieure de l'utérus, PP,PP. Cette membrane, divisée verticalement, a permis l'énucléation facile de la tumeur à laquelle elle n'adhérait que par un tissu cellulaire lâche.

D'autres tumeurs fibreuses, moins volumineuses, sont situées, l'une sous le péritoine T'F', l'autre sous le péritoine dont elle est séparée par une couche mince du tissu de l'utérus, T'F''; d'autres, t f, t'f', se voient dans l'épaisseur même de l'utérus, dont le tissu est ramolli et vasculaire, au même degré qu'un utérus du même volume chargé du produit de la conception.

De petites tumeurs polypeuses pédiculées, P, P, P, naissaient du col utérin, non loin de son orifice : on voit que le développement de l'utérus s'est opéré non-seulement aux dépens de son corps, mais encore aux dépens de la partie supérieure de son col.

Fig. 2. L'utérus représenté fig 2. m'a été adressé par M. le docteur Battaille, avec les renseignements suivants :

Une femme avait éprouvé, à l'âge de quarante-quatre ans, pendant la menstruation, une frayeur très vive qui supprima les règles sans retour. Un an après, on reconnut une tumeur qui faisait saillie au-dessus du pubis. A cette même époque, il se manifesta une perte considérable, précédée et accompagnée de douleurs hypogastriques et lombaires très vives. Depuis ce moment, la tumeur a continué de s'accroître; l'hémorrhagie et les douleurs se sont renouvelées à des intervalles variables, et ont menacé, à plusieurs reprises, les jours de la malade, qui a succombé, au bout de 48 heures, à une dernière hémorrhagie, accompagnée de douleurs excessives.

Le globe utérin présente, à peu de chose près, le volume qu'il a acquis chez une femme qui a atteint le neuvième mois de la grossesse.

Une coupe verticale, faite d'arrière en avant, comprend la paroi postérieure et la plus grande partie de l'épaisseur de la tumeur.

L'utérus, par l'épaisseur de ses parois, par la mollesse de son tissu, par le calibre des vaisseaux qui le traversent de toutes parts, représente, trait pour trait, l'utérus d'une femme à terme.

La cavité utérine était exactement remplie par la tumeur qui est développée dans l'épaisseur de la paroi antérieure, P A, et qui soulève une couche assez épaisse de cette paroi antérieure.

La coupe de la tumeur fibreuse, TF, présente un aspect particulier. On y voit çà et là des cavités, des espèces de géodes, C,C, remplies de sérosité; elle est traversée par des vaisseaux veineux très considérables, V, V, V, remplis de sang concret. Cette tumeur était ramollie; les petites masses dont l'agglomération constitue les tumeurs fibreuses, étaient disjointes, et la sérosité remplissait leurs intervalles. La mollesse de la tumeur rendait son énucléation difficile; cependant, on saisissait aisément la ligne de démarcation qui séparait le tissu utérin du tissu de la tumeur.

La source de l'hémorrhagie est évidemment dans les grands sinus utérins ouverts, VO, VO, qui occupent la partie inférieure de cette tumeur.

I. Toute tumeur fibreuse qui se développe dans l'épaisseur de l'utérus, a pour résultat une hypertrophie et un ramollissement qui représentent exactement l'hyperthrophie et le ramollissement de cet organe pendant la grossesse.

II. Les tumeurs fibreuses qui se développent dans l'épaisseur de l'utérus, déforment diversement cet organe, au point qu'il est quelquefois difficile de se rendre compte de cette déformation et de retrouver la continuité du tissu de l'utérus. Les tumeurs fibreuses qui se développent sous le péritoine ou au voisinage du péritoine, soulèvent

cette membrane, proéminent dans sa cavité, se détachent peu à peu de l'utérus, et deviennent pédiculées. De même, les tumeurs fibreuses qui se développent sous la membrane interne de l'utérus, ou au voisinage de cette membrane interne, proéminent dans la cavité utérine et tendent à se pédiculer. Si elles ne deviennent pas complétement pédiculées, cela tient à la résistance des parois de la cavité utérine qui se moule exactement sur elles et qui les maintient dans leurs rapports primitifs. Qu'on suppose un instant que la résistance du col utérin puisse être vaincue, le pédicule ne tardera pas à se former.

III. L'utérus dans lequel s'est développé un corps fibreux tend à s'en débarrasser; de là les douleurs lombaires et hypogastriques semblables à celles de l'enfantement, douleurs qui se renouvellent à des périodes plus ou moins considérables, et qui se calment par le repos et la saignée. Il y a sous le rapport des douleurs et par conséquent des contractions expultrices, des différences énormes entre les divers individus. Il n'est pas rare de rencontrer des cas de tumeurs fibreuses très-volumineuses, entièrement exemptes de semblables douleurs, tandis que, par opposition, de très-petites tumeurs sont la source des plus grandes incommodités. Il m'a paru que les tumeurs situées sous le péritoine, sont celles qui restent le plus ordinairement inaperçues, tandis que les tumeurs développées sous la muqueuse, et par conséquent qui prennent leur accroissement du côté de la cavité utérine, produisent les accidents les plus graves.

IV. On conçoit que la distension de l'espèce de coque qui recouvre le corps fibreux proéminent dans la cavité utérine, doive amener quelquefois l'inflammation, l'usure de cette coque et l'expulsion définitive de la tumeur. Il existe un assez grand nombre d'exemples de ces expulsions spontanées, qui sont toujours accompagnées d'accidents très-graves.

V. Un des cas les plus remarquables d'expulsion de corps fibreux que j'aie vus, a pour sujet une jeune femme qui fut prise, dix-neuf jours après un accouchement très-pénible, de douleurs absolument semblables à celles de l'enfantement, qui firent croire un instant à une superfétation. Après trois jours de phénomènes sympathiques, tellement graves qu'on désespérait de sa vie, la malade rendit trois corps assez consistants, aplatis, que l'on m'envoya pour avoir mon avis sur leur nature : il me fut facile de reconnaître des corps fibreux altérés. La malade s'est parfaitement rétablie.

VI. Les efforts d'expulsion peuvent avoir pour résultat le déchirement de la couche qui recouvre les tumeurs ; et si de gros vaisseaux se trouvent compris dans l'épaisseur de cette couche, une hémorrhagie mortelle peut en être la suite. Ces hémorrhagies peuvent se renouveler aussi souvent que se font les efforts d'expulsion, efforts qui, comme toutes les fonctions utérines, sont soumises à la loi de périodicité. J'ai donné mes soins à une femme de cinquante ans, dont la face et toute l'habitude du corps, à la suite d'hémorrhagies multipliées, présentaient cette teinte jaune-paille qu'on regarde comme caractéristique du cancer. Je fus assez heureux pour arrêter plusieurs fois par le tamponnement des hémorrhagies qui l'avaient réduite à la dernière extrémité. Prévenu trop tard, à une dernière crise, elle expira au moment où je me rendais auprès d'elle.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

(XI^e LIVRAISON.)

Tumeur fibreuse coïncidant avec la grossesse.

EXPLICATION DE LA FIGURE.

Cette figure représente l'utérus d'une femme morte de péritonite puerpérale quelques jours après l'accouchement. La pièce anatomique m'avait été adressée de la Maternité par mon excellent collègue M. Désormeaux, dont nous déplorons la perte prématurée.

Une tumeur fibreuse très considérable, TF, TF, est développée dans l'épaisseur du fond de l'utérus, et surmonte la cavité de cet organe.

Sa densité contrastait avec la mollesse et la vascularité du tissu de l'utérus du milieu duquel elle pouvait être enlevée par énucléation et sans le secours d'aucun instrument.

Réflexions.—Plusieurs questions se rattachent à la présence des tumeurs fibreuses dans l'épaisseur de l'utérus pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement.

1° *Dans l'état de grossesse*, la présence de ces tumeurs peut donner à l'utérus une forme insolite, variable, suivant leur siège, suivant leur nombre et bien propre à désorienter le praticien. Dans un cas de ce genre, on crut à l'existence de plusieurs enfans. Il n'est d'ailleurs nullement démontré que ces tumeurs soient une cause d'avortement. Un grand nombre de faits tendent à établir le contraire. Cependant, dans un cas, il y eut souvent imminence d'avortement; la malade éprouvait chaque mois pendant plusieurs jours des contractions utérines très prononcées et même pendant le dernier mois, ces contractions se renouvelaient tous les jours.

2° *Pendant l'accouchement*, ces tumeurs peuvent rendre le travail plus long en diminuant l'efficacité de la contraction des fibres utérines. D'une autre part, si, comme il arrive quelquefois, elles occupaient le voisinage du col utérin, ou bien si, dans leur développement, elles s'étaient dirigées du côté du vagin, on conçoit qu'elles pourraient opposer à l'accouchement un obstacle mécanique bien difficile à surmonter.

3° *Après l'accouchement*, ces tumeurs peuvent en imposer, au moins quelques instans, pour un second fœtus; peut-être aussi leur présence peut-elle favoriser l'hémorrhagie en rendant plus difficile ou moins complet le retour de l'utérus sur lui-même. Enfin on peut considérer la présence de ces tumeurs utérines comme une cause de métrite, de métro-péritonite. La malade dont l'utérus fait le sujet de ces réflexions, a succombé à une péritonite.

M. Monod a présenté à la Société anatomique l'utérus d'une femme âgée de 33 ans, qui mourut de métrite quelques jours après l'accouchement (c'était la 4^e grossesse). Pendant la grossesse, on avait reconnu à travers les parois de l'abdomen que l'utérus était inégalement bosselé et cette disposition avait fait croire à une grossesse composée. La malade mourut trois jours après l'accouchement, d'une métrite avec gangrène des couches les plus profondes de l'utérus. Les tumeurs fibreuses étaient très multipliées. Les unes avaient le volume du poing, les autres celui d'une aveline. La plupart étaient ramollies et infiltrées de sérosité; quelques-unes infiltrées de sang. Les couches les plus profondes de l'utérus étaient détruites par la gangrène et par le ramollissement.

Il peut arriver qu'après l'accouchement, les corps fibreux, qui ne sont quelquefois séparés de la surface interne de l'utérus que par une couche extrêmement mince, soient expulsés par suite d'un travail morbide qui s'opère dans cette couche intermédiaire entre la cavité qu'occupe le polype et la cavité utérine. J'ai eu occasion d'observer un cas de ce genre.

Madame Caizi, déjà mère de plusieurs enfans, accouche fort naturellement; l'accouchement fut suivi

de coliques très fortes, qui se dissipèrent bientôt. Quatorze jours après, douleurs utérines aussi vives que celles de l'enfantement; écoulement infect de matières purulentes; rétention d'urine qui oblige d'avoir recours à la sonde. Le seizième jour, en sondant la malade, on s'aperçoit d'un corps qui tend à se précipiter hors du vagin. On le refoule; la nature, mieux avisée que l'art, l'expulse entièrement. Un second corps étranger se présente : cette fois, on favorise son expulsion. Un troisième se présente, assez volumineux; et avant de procéder à son extraction, on voulut connaître mon avis sur la nature de ces corps, que le praticien qui donnait des soins habituels à la malade n'avait pas pu caractériser. Je reconnus des tumeurs fibreuses ramollies, altérées; les petites masses arrondies qui constituent ce genre de tumeurs s'étaient réunies entre elles par des filamens fibreux, comme noueux. L'extirpation du corps étranger restant fut faite; l'écoulement purulent d'odeur putride ne tarda pas à disparaître, et la malade guérit parfaitement.

De l'expulsion spontanée des tumeurs fibreuses de l'utérus hors l'état de grossesse.

L'expulsion spontanée des tumeurs fibreuses hors l'état de grossesse n'est pas fort rare, je viens de donner mes soins à une malade qui, après avoir éprouvé pendant quatre mois des pertes utérines suivies d'un écoulement très abondant et d'une horrible fétidité, a expulsé de petites masses que j'ai reconnu être des tumeurs fibreuses. Cette malade, que minait une fièvre hectique et qui offrait tous les caractères extérieurs de la cachexie cancéreuse, a guéri contre toute espérance, après l'expulsion de ces corps étrangers.

Quelquefois ce travail d'élimination est accompagné de la gangrène du tissu de l'utérus et d'une péritonite rapidement mortelle. J'ai eu occasion d'en observer un exemple.

Indépendamment de ce mode d'expulsion des corps fibreux de l'utérus au milieu d'un travail de suppuration, il en est un autre qui s'opère sans l'intermédiaire de la suppuration; la couche qui sépare la tumeur de la cavité utérine est usée, déchirée par le fait des contractions utérines, en sorte que la tumeur passe par une sorte d'énucléation spontanée du kyste où elle a été formée dans la cavité de l'utérus qui l'expulse par le mécanisme de l'accouchement, au milieu d'un écoulement de sang plus ou moins abondant.

Il peut arriver alors que la mort ait lieu par hémorrhagie (Voyez XIII^e^ livr. pl. VI): par exemple lorsque la tumeur étant volumineuse, les premiers efforts de contraction déterminent la déchirure de vaisseaux considérables; le tamponnement est dans ce cas le seul moyen de prévenir une mort imminente.

Lorsque la tumeur n'est pas trop volumineuse pour pouvoir être expulsée, lors même qu'elle est d'un petit volume, elle subit presque toujours des altérations qui rendent son expulsion beaucoup plus facile. Ainsi, elle se pénètre d'une sérosité qui en dissocie les élémens, elle s'allonge, se file en quelque sorte à travers le col utérin; quelquefois même elle se morcelle et est expulsée par fragmens, tellement qu'elle devient méconnaissable.

Une femme âgée de quarante-cinq ans, qui n'offrait d'ailleurs aucun signe de grossesse, expulsa, au milieu de douleurs utérines, d'efforts et d'une perte de sang, un corps aplati qu'on me présenta comme une fausse membrane, que d'autres personnes regardaient comme un caillot de sang organisé, et qu'il me fut facile de reconnaître pour un corps fibreux allongé, ramolli, altéré. Cette malade assurait que trois mois auparavant elle avait expulsé un corps tout semblable et à la suite des mêmes accidens.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

(Planche vi, xi^e livraison.)

Polypes.

L'utérus représenté fig. 1, 2, 3, appartenait à une malade de la Maison royale de santé, morte phthisique. J'avais constaté, quelque temps auparavant, la présence d'un polype encore contenu dans la cavité utérine.

La fig. 1 représente la saillie du museau de tanche dans le vagin et l'orifice vaginal du col utérin. On voit la forme semi-lunaire de cet orifice, des rugosités ou granulations d'inégal volume disséminées sur son pourtour, et qui sont dues, non à une lésion de tissu, mais au développement des follicules muqueux connus sous le nom d'*œufs de Naboth*. Ce développement des follicules muqueux de l'orifice du museau de tanche n'est point une maladie, mais une hypertrophie, conséquence assez fréquente de l'hypertrophie du tissu utérin lui-même. Le doigt introduit dans cet orifice reconnaissait parfaitement, pendant la vie, la présence du polype P.

La fig. 2 représente la cavité utérine ouverte par sa paroi antérieure. On voit un polype pyriforme P naître du fond de l'utérus par son extrémité étroite, et atteindre son fond par l'orifice utérin OU. La saillie du museau de tanche dans le vagin est facile à apprécier par l'intervalle qui sépare le pourtour de l'orifice utérin du cul-de-sac vaginal V. Cette hauteur est de 8 lignes environ. Pour contenir ce corps étranger, l'utérus a acquis un développement proportionnel, et a subi une transformation de tissu tout-à-fait semblable à celle que détermine le travail de la grossesse.

La fig. 3 présente une coupe antéro-postérieure du polype et du fond de l'utérus. On voit que le tissu du polype se continue sans aucune ligne de démarcation avec le tissu propre de l'utérus, qu'il est un prolongement de ce tissu propre, et non point un corps fibreux ou autre développé dans l'épaisseur de l'utérus dont il peut être séparé par énucléation. L'identité entre le tissu de l'utérus TU et le tissu du polype PO est telle que l'examen le plus attentif ne peut y démontrer la plus légère différence. On retrouve dans l'épaisseur du polype les cavités veineuses ou sinus utérins, qui appartiennent au tissu de l'utérus hypertrophié.

Réflexions. — Il résulte des détails descriptifs qui précèdent qu'il existe une forme de polypes fibreux de l'utérus, qui consiste dans un développement partiel et pédiculé du tissu de cet organe. Ces polypes doivent être bien distingués des tumeurs fibreuses développées sous la muqueuse ou plutôt sous les couches les plus profondes du tissu de l'utérus lui-même, tumeurs fibreuses qui proéminent dans la cavité utérine, et qui généralement ne deviennent pédiculées que lorsqu'elles se sont engagées dans le col utérin. Ils ne sauraient être confondus avec les polypes muqueux qui naissent du tissu même de la membrane muqueuse dont ils ne paraissent être qu'un développement hypertrophique circonscrit : leur mollesse, la présence d'un nombre de kystes muqueux (lesquels ne sont autre chose que le développement des follicules que présente la muqueuse utérine dans toute son étendue et qui ne sont pas circonscrits au col, comme on le croit généralement), leur structure toute vasculaire ne permettent pas de les confondre avec les lésions précédentes.

La distinction entre les polypes fibreux, nés du tissu propre de l'utérus et les tumeurs fibreuses de cet organe, n'est pas seulement utile sous le point de vue scientifique, elle n'importe pas moins sous le point de vue pratique. Ainsi, lorsqu'un polype du tissu propre s'engage dans le col utérin, il est impossible que la portion des parois utérines sur laquelle ce polype est implanté ne soit pas entraînée avec le corps étranger; tandis que, dans le cas de tumeur fibreuse, le passage du corps étranger de la cavité utérine dans la cavité vaginale se fait exclusivement aux dépens de la couche de tissu utérin qui recouvre la tumeur fibreuse et allonge le pédicule.

Il suit encore, d'une part, de la continuité du tissu de certains polypes avec le tissu utérin d'une autre part, de l'indépendance où se trouve une autre classe de polypes, par rapport à ce même tissu utérin, que, dans ce dernier cas, l'utérus est en quelque sorte étranger aux altérations qui pourraient avoir lieu dans la tumeur fibreuse, tandis qu'il participe nécessai-

rement aux altérations qui peuvent survenir dans le polype qui n'est autre chose que le prolongement de ce tissu propre lui-même.

Sur une femme de la Salpêtrière, couchée dans la division des incurables et qui mourut d'une pneumonie, je trouvai dans le vagin une végétation cancéreuse très considérable, couverte d'un détritus putride et qui sortait à travers le col utérin dilaté. En examinant l'utérus du côté du bassin, je vis le fond de cet organe déprimé en entonnoir, et la section de l'utérus me montra que cette végétation cancéreuse faisait suite à un polype fibreux né du fond de l'utérus qu'il avait entraîné. Une particularité digne d'être notée, c'est que le pédicule du polype était formé par le fond de l'utérus lui-même. En sorte que si on avait voulu faire la section du polype sur le pédicule, on aurait emporté la partie du fond de l'utérus sur laquelle ce polype était implanté. On serait même probablement arrivé dans la cavité péritonéale.

Une autre particularité non moins digne de remarque c'est que la portion de polype contenu dans la cavité utérine présentait tous les caractères du tissu propre de l'utérus comme dans le cas représenté fig. 1, 2, 3. La portion de polype contenue dans le col utérin et dans le vagin présentait seule la dégénération cancéreuse.

Il suit de là qu'il ne faut nullement décider de la nature d'un polype utérin par les caractères de la partie de ce polype qui a franchi le col utérin ou qui est encore engagé dans ce col. M. Dupuytren avait fait la même observation relativement aux polypes des fosses nasales qui envoient quelquefois des prolongemens à travers les orifices antérieurs des narines. Toute la partie de ces polypes qui déborde les narines présente en effet quelquefois un aspect fongueux, saignant, gangréneux, carcinomateux, qui détourne presque toujours de l'opération le praticien prudent. Toute la partie de la tumeur qui est encore contenue dans les narines présente, au contraire, les caractères des polypes fibreux sans dégénérescence.

J'ai dit que dans les polypes nés du tissu propre de l'utérus, le travail désorganisateur qui pouvait s'en emparer s'étendait quelquefois au tissu même de l'utérus. C'est ainsi que j'ai reçu de la province un utérus à la face interne duquel étaient attachés les débris d'un polype tombé en gangrène; la gangrène avait envahi toute l'épaisseur des parois de l'utérus, dans le point correspondant. Une péritonite rapidement mortelle en avait été la suite.

Déchirure du col de l'utérus pendant l'accouchement. (Fig. 4, 5.)

La fig. 4 représente la face postérieure de l'utérus d'une femme morte six semaines après l'accouchement, des suites d'une péritonite puerpérale. Il existait sur cette face postérieure, au voisinage du col, dans le point F, une perte de substance fermée par le péritoine seulement. Un stylet introduit à travers cette perte de substance, et dirigé de haut en bas, sortait par l'orifice utérin OU.

La fig. 5 présente la face interne de l'utérus ouvert par la paroi antérieure: on voit le trajet oblique du stylet S, l'orifice interne de la fistule F, et l'échancrure assez profonde, mais cicatrisée, qui aboutissait à cet orifice interne. Je dois faire remarquer que cette échancrure, résultat évident d'une déchirure opérée pendant le travail, n'aboutissait pas jusqu'à l'orifice du col utérin.

Réflexions.—Cette observation prouve que le travail de l'accouchement peut être accompagné de déchirure du col utérin, que l'intégrité de l'orifice vaginal de ce col n'est pas une preuve de l'intégrité de la portion du col qui est au dessus; que cette déchirure, souvent bornée à une partie de l'épaisseur, peut s'étendre à toute l'épaisseur des parois utérines avec ou sans le péritoine.

La déchirure peut d'ailleurs survenir dans deux circonstances bien distinctes: elle a lieu tantôt sans ramollissement préalable, tantôt après ramollissement préalable du tissu de l'utérus. Dans ce dernier cas, la déchirure peut être extrêmement considérable et permettre le passage du fœtus de la cavité utérine dans la cavité péritonéale. Dans le cas d'intégrité du tissu de l'utérus, la déchirure n'est jamais aussi considérable que lorsque le tissu de l'utérus a été le siège d'un ramollissement inflammatoire ou autre.

Une hémorrhagie mortelle est le résultat le plus général des déchirures considérables. Une hémorrhagie plus ou moins grave, bien distincte des hémorrhagies par inertie de l'utérus et qui résiste quelquefois au resserrement des vaisseaux amené par les contractions utérines, est la conséquence des déchirures peu considérables.

MALADIES DES OVAIRES.

(XVIII^e livr., pl. VI.)

Kyste ovarique (présumé) contenant un fœtus encroûté de phosphate calcaire et momifié, chez une femme de 77 ans, morte 47 ans après une grossesse extra-utérine.

Je dois à l'obligeance de mon vénérable collégue le professeur Lallemand, chirurgien en chef de la Salpêtrière, le fœtus momifié et encroûté de phosphate calcaire, représenté Pl.VI, 18^e livraison. Ce fœtus a été trouvé chez une vieille femme morte à l'âge de 77 ans, qui le portait depuis sa 35^e année.

Voici l'histoire de cette malade, telle qu'elle est consignée dans la dissertation inaugurale de M. le docteur Daynac, ancien élève interne de la Salpêtrière (1).

Madame Lemiro, âgée de 77 ans, reçue comme indigente à la Salpêtrière, fut transportée à l'infirmerie, le 13 août 1823, pour un étranglement de hernie qui nécessita l'opération; mariée deux fois, elle eut d'un premier mari deux enfans dont elle accoucha fort heureusement. Elle eut de son second mari un premier enfant qui vint à bon port. Quelque temps après (elle était pour lors âgée de 35 à 36 ans), elle éprouva tous les symptômes d'une seconde grossesse. Comme elle ressentait des douleurs assez vives dans la région hypogastrique et qu'elle croyait y reconnaître la présence d'un corps étranger, elle consulta une sage-femme qui la rassura en lui disant que ces symptômes étaient communs à la plupart des femmes grosses. Du 4^e au 5^e mois de cette grossesse présumée, les douleurs furent plus vives et les mouvements eurent lieu dans ce qu'elle appelait *le corps étranger*. Un accoucheur consulté dissipa ses inquiétudes. Cependant les douleurs et les mouvements furent plus violents jusqu'à la fin du sixième mois ; mais à dater de cette époque tous les symptômes disparurent, l'abdomen s'affaissa, les règles se manifestèrent ; la malade eut depuis deux enfants et jouit de la meilleure santé. Seulement elle éprouva toute la vie la sensation d'un corps lourd dans l'abdomen.

L'opération de la hernie ayant eu une issue malheureuse, on trouva à l'autopsie le fœtus représenté planche VI, contenu dans un kyste cartilagineux. D'après M. Daynac, ce fœtus était contenu, à l'extrémité de la trompe droite : une masse comme plâtreuse, du volume du poing, se voyait vers le milieu de la trompe, entre le fœtus et la matrice. *L'ovaire de ce côté avait contracté des adhérences avec la tête de l'enfant.* Du reste, la matrice ainsi que l'ovaire et la trompe du côté gauche étaient dans l'état naturel, ce qui explique la possibilité des deux grossesses postérieures.

EXPLICATION DES FIGURES.

Les figures 1 et 2 représentent le fœtus momifié sous deux aspects qui donnent l'idée la plus exacte de sa forme et de sa situation. Son attitude est celle du fœtus dans la cavité utérine; le sexe n'a pas pu être déterminé. Il n'y avait pas vestige du cordon ombilical : toute la surface du corps, dont les diverses parties sont parfaitement distinctes, est recouverte d'une croûte calcaire qui présente çà et là des pertes de substance plus ou moins considérables. Sous cette croûte calcaire épaisse, très compacte, très fragile et qui ne présentait aucune trace d'organisation, se voyait un fœtus desséché, momifié, comme s'il avait été soumis à l'action d'une température assez élevée pour absorber toute l'humidité, mais point assez pour altérer sa consistance et sa couleur.

Aux membres, la peau distincte recouvrait des muscles distincts, au centre desquels se voyaient les os. Dans les cavités splanchniques il était facile de reconnaître des vestiges de tous les viscères.

La coupe verticale et antéro-postérieure du fœtus représenté fig. 3 permet d'embrasser d'un coup d'œil l'ensemble de tous les organes.

Ainsi, au crâne, on voit les téguments du crâne (n°1), bien distincts des os du crâne et ceux-ci bien distincts de la dure-mère représentée par le n° 3 ; la faux du cerveau n° 2, la tente, la coupe du sinus

(1) Dissertation de la grossesse extra-utérine. (Avril 1825.)

latéral n° 5 ; les fosses de la base du crâne , les cornets et les méats des fosses nasales n° 9. Dans le crâne était une matière sèche, friable, divisée en fragments qui se morcelaient eux-mêmes avec la plus grande facilité, et présentaient une cassure brillante à la manière des calculs biliaires. Quelques fragments ont été représentés fig. 4, 4' et 5 ; ils étaient évidemment formés aux dépens de la masse encéphalique desséchée.

La coupe de la colonne vertébrale présente le corps des vertèbres n^os^ 11, 11, 11, des fragments desséchés de moelle n° 12, contenus dans la gaîne fibreuse formée par la dure-mère.

La partie supérieure de la colonne vertébrale est très fortement recourbée sur elle-même.

Au tronc, on distingue la cavité thoracique de la cavité abdominale à l'aide du diaphragme n° 16, qui est conservé. La cavité thoracique est très déformée, à cause de la courbure de la colonne vertébrale. Il est difficile de reconnaître le cœur réduit à une lame mince et les poumons également lamelleux. Le n° 14 représente les diverses pièces du sternum.

Dans la cavité abdominale se voient, 1° le foie qui est desséché et converti en une masse celluleuse, 2° les coupes du canal intestinal qui ayant été divisé par la scie, soit perpendiculairement, soit obliquement, soit enfin parallèlement à son axe, donne à la cavité abdominale l'aspect de compartiments bien distincts. Les n^os^ 25 et 26 représentent la coupe de la jambe. On voit le tibia et le péroné au centre des parties molles desséchées.

Considérations générales sur les fœtus encroûtés de phosphate calcaire et momifiés.

Les grossesses extrà-utérines ovariques ou autres, présentent quatre terminaisons bien distinctes: 1° la terminaison par la mort, par suite de la rupture du kyste, qui peut avoir lieu à une époque plus ou moins avancée de la grossesse, mais qu'on observe ordinairement du 3^e^ au 4^e^ mois. Dans ce cas, la mort est presque toujours produite par hémorrhagie : elle est subite lorsque l'hémorrhagie est considérable, lente lorsque l'hémorrhagie se fait d'une manière graduelle. Dans un cas que j'ai observé à l'hôpital de la Maternité avec MM. Paul Dubois et Moreau, la mort a été la suite d'une péritonite chronique : le fœtus à terme était contenu dans la cavité du péritoine, au milieu d'une grande quantité de pus; il tenait, à l'aide du cordon ombilical, à une tumeur sphéroïdale, volumineuse, formée par un kyste ovarique renversé, et dont la couche extérieure était constituée par le placenta. Dans ce cas, une grossesse ovarique étant parvenue à une période avancée, le kyste, les membranes de l'œuf s'étaient ouvertes sans hémorrhagie, le fœtus avait pénétré dans la cavité abdominale où il avait continué à vivre pendant un temps assez long au milieu du pus dont sa présence avait provoqué la sécrétion, le péritoine était revêtu par une pseudo-membrane épaisse et très dense.

2° Dans d'autres cas, le fœtus devient adhérent aux parois du kyste ovarique ou tubaire, et il en résulte des kystes pileux que nous avons vu présenter des débris plus ou moins considérables de fœtus (*voyez* XVIII^e^ liv., pl. 3, 4, 5). Cette terminaison qui est fréquente, et qui s'accompagne de la destruction plus ou moins complète du fœtus, ne me paraît possible que dans les premiers temps de la conception.

3° Dans une 3^e^ terminaison, le fœtus mort agit à la manière d'un corps étranger et provoque, au milieu d'accidents plus ou moins graves et souvent mortels, une inflammation qui a pour objet l'élimination des débris du fœtus à travers les parois de l'abdomen, la vessie, le rectum, etc.

4° Une 4^e^ terminaison consiste dans la momification du fœtus qui, contenu dans un kyste inerte, séjourne jusqu'à la mort de l'individu sans donner signe de sa présence.

Les cas de fœtus momifiés qui ont séjourné plus ou moins long-temps dans l'utérus sont rares. Mais le petit nombre de ceux que nous possédons (et j'ai pu en trouver une douzaine dans les divers recueils) sont tellement identiques, qu'ils sembleraient n'être que la même observation présentée sous diverses formes. Dans toutes ces observations, les femmes, après avoir éprouvé tous les symptômes d'une vraie grossesse, ont été prises, au terme ordinaire, de tous les symptômes précurseurs d'un accouchement prochain. Les

douleurs se sont dissipées au bout d'un temps plus ou moins long, et souvent après s'être reproduites plusieurs fois à des intervalles plus ou moins considérables. La tumeur a diminué progressivement de volume : de molle qu'elle était d'abord, elle est devenue d'une dureté pierreuse, et est restée indolente et stationnaire jusqu'à l'époque de la mort à laquelle la présence du fœtus n'a pris aucune part. Dans un cas observé à Leinzel en Souabe, en 1720, de même que dans le cas que j'ai rapporté, la malade devint grosse et accoucha heureusement deux fois malgré la présence d'un kyste contenant un fœtus pétrifié. La malade assurait qu'elle était toujours demeurée grosse de son premier enfant.

Le siége précis des kystes contenant des fœtus pétrifiés, n'est pas en général exposé avec des détails assez circonstanciés pour qu'on puisse l'établir d'une matière positive. Mais l'analogie nous dit assez que ce siége doit être celui de toutes les grossesses extrà-utérines. Ainsi, les fœtus momifiés doivent résider le plus habituellement dans les ovaires, d'autres fois dans les trompes, dans la portion des trompes qui traverse les parois de l'utérus, dans la cavité du péritoine.

Le fœtus pétrifié de Sens (1) dont Albosius nous a tracé l'histoire, a été trouvé sur une femme de 70 ans qui paraissait grosse depuis 28 ans. L'observateur dit que le fœtus était contenu dans la cavité de la matrice. Mais, à l'époque où écrivait cet auteur, l'anatomie n'était pas assez cultivée pour qu'il ne soit pas permis d'élever des doutes à ce sujet.

C'est dans l'utérus qu'on fixe le siége du fœtus momifié dans l'observation suivante, d'ailleurs très détaillée (2).

Une femme devient enceinte deux ans après un 1^er^ accouchement. A dater du milieu de la grossesse, les mouvements du fœtus devinrent repétés mais très faibles : la malade avait en outre la sensation d'un corps grave qui changeait de place, suivant les attitudes.

Au onzième mois de sa grossesse présumée survinrent des douleurs, mais légères, courtes et séparées par de longs intervalles. Mühlbeek appelé, ne trouvant aucun indice de travail, prescrivit le repos. Les douleurs cessèrent. La malade vécut encore 14 ans et demi, alerte, vaquant à toutes les occupations domestiques et n'éprouvant aucune douleur : les menstrues n'avaient pas reparu. Elle succomba à une fièvre putride en 1786, à l'âge de 46 ans.

A l'ouverture, on trouva l'*utérus* dans la cavité du bassin entre la vessie et le rectum : il est assez volumineux, très dur, comme ridé et moulé sur le corps du fœtus, il avait quatre lignes d'épaisseur. *Generatim ovaria tubæ Fallopianæ discerni non poterant, ità omnia corrugata erant.*

Point de vestiges de placenta. Le tissu de l'utérus et les membranes de l'œuf (le kyste) étaient tellement confondus entre eux et avec les téguments du fœtus, qu'on découvrit avec peine trois pieds, et deux bras dans ce fœtus. Les téguments, les muscles, tous les membres, en un mot toutes les parties extérieures étaient *ossifiés*, la tête qui était monstrueuse et déformée, ne présentait aucun vestige des yeux, des oreilles, du nez, de la bouche : point de cerveau, de cervelet, ni de moelle; la langue pouvait être reconnue. Point de vestige de cavité thoracique. Le cœur situé au-devant de l'épine diversement infléchie était contenu dans une petite boîte osseuse. La cavité abdominale était remplie par les viscères, au milieu desquels l'estomac pouvait seul être reconnu.

C'est dans l'utérus que l'auteur de l'observation précédente place le siége du fœtus; mais rien dans l'exposé du fait n'établit ce siège. Serait-ce la situation de la poche entre la vessie et le rectum? Mais l'ovaire dilaté présente la même situation. On n'a pu reconnaître les trompes et les ovaires.

Le cas rapporté et figuré par Denman d'après Hamilton, est trop peu circonstancié pour qu'on puisse l'invoquer. Il est relaté sous le titre de fœtus extrà-utérin.

La femme qui fait le sujet de cette observation, après plusieurs fausses couches, se crut grosse; elle éprouva, au 9^e^ mois, des douleurs qui se dissipèrent. L'abdomen diminua de volume, mais sans revenir à son état naturel. Son mari étant mort, elle se remaria, et bien qu'elle fût très bien réglée, elle ne devint pas grosse. Elle mourut 32 ans après la conception.

Le fœtus était couvert d'une couche mince de substance calcaire : il pesait 7 livres. Il ne restait rien du placenta; on reconnaissait 6 pouces du cordon ombilical. L'auteur se demande aux dépens de quelle

(1) Litopedium portentosum seu embrion petrefactum urbis Senonensis, in utero per 28 annos contentum, 1582.
(2) Acta Academiæ Josephinæ, tome 1, p. 201, avec figures.

partie le kyste s'était formé; et, s'il y avait eu rupture de l'utérus, à quelle période de la grossesse avait eu lieu cette rupture? Evidemment l'utérus n'était pas le siége de la tumeur, car la malade était réglée.

Dans le cas adressé à l'Académie royale des Sciences par MM. Bourdon et Chomereau, médecins à Joigny (1), l'utérus était bien évidemment étranger au kyste qui contenait le fœtus pétrifié.

Une pauvre femme de la ville de Troyes, mariée depuis 4 ans, devint grosse pour la seconde fois (elle avait fait une fausse couche la première année de son mariage). Les signes ordinaires de l'accouchement se manifestèrent; ils continuèrent pendant deux jours. On toucha la femme; l'utérus était vide, quoique l'enfant exécutât des mouvements extrêmement forts. On propose à la malade l'opération césarienne: elle s'y refuse. Après huit mois de douleurs vives, mais passagères, et d'un épuisement qui fit craindre pour sa vie, elle se rétablit parfaitement et mourut à l'âge de 61 ans d'une fluxion de poitrine.

A l'ouverture, on trouva une masse ovoïde du volume de la tête d'un homme « attachée à l'épiploon, » au péritoine, au mésentère, au fond de la matrice, et qui semblait partir de la trompe droite: en ouvrant » cette masse qui pesait près de huit livres, on y découvrit un enfant mâle parfaitement conservé, sans » être environné d'aucune liqueur. La peau de cet enfant était fort épaisse: il avait des cheveux et deux » dents incisives prêtes à percer à chaque mâchoire.

» L'enveloppe était en partie osseuse et en partie cartilagineuse; elle avait presque par-tout deux lignes » d'épaisseur et quatre dans la partie contiguë à l'arrière-faix, lequel avait la même consistance. La sur- » face externe était garnie de petites éminences graveleuses et inégales: la surface interne était comme » moulée sur les parties de l'enfant qu'elle embrassait étroitement; une ouverture dans l'arrière-faix » semblait désigner l'insertion du cordon ombilical, qui était desséché à un travers de doigt du nombril, » comme si on y eût fait une ligature. D'ailleurs, toutes les parties de la mère, et *notamment la matrice,* » étaient très saines et dans leur état naturel. »

Je crois qu'indépendamment des faits, dont quelques-uns établissent positivement que le fœtus momifié siégeait ailleurs que dans l'utérus, et dont aucun n'établit le siége dans l'utérus lui-même, les considérations suivantes prouveront que les kystes contenant des fœtus momifiés, kystes fibreux, cartilagineux, osseux, ne pouvaient pas être formés par le tissu même de l'utérus. En effet, la présence d'un corps étranger dans l'épaisseur des parois de l'utérus et à plus forte raison dans la cavité utérine a pour effet constant, non la conversion du tissu de l'utérus en kyste fibreux, cartilagineux et osseux, mais bien sa transformation en un tissu d'apparence musculaire, et doué, comme les muscles, de la contractilité. Que si on m'objecte que la présence permanente du fœtus pétrifié doit à la longue faire succéder à cette mollesse et à cette suractivité du tissu de l'utérus la transformation fibreuse, je répondrai par les cas de tumeurs fibreuses pétrifiées qui existent depuis longues années dans le tissu de l'utérus, sans que ce tissu ait rien perdu de sa mollesse et de son aptitude à la contractilité: or, toutes les observations mentionnent expressément la densité de structure fibreuse, cartilagineuse, osseuse des kystes où ont séjourné les fœtus momifiés.

Quant à ce qu'on appelle *pétrification du fœtus*, elle ne doit s'entendre que d'une croûte calcaire plus ou moins épaisse qui enveloppe le fœtus en totalité ou en partie. Tous les tissus, tous les organes sont desséchés, momifiés, absolument comme si le fœtus avait été conservé sous un sable brûlant qui, en absorbant toute l'humidité, aurait soustrait la cause active de la putréfaction. Comment s'opère cette dessiccation du fœtus au milieu de l'humidité du corps de la mère? Il faut admettre dans les parois de la poche une force d'absorption qui, survivant à l'exhalation, détermine non-seulement l'absorption de l'eau au milieu de laquelle nageait le fœtus, mais encore celle du liquide qui pénétrait le corps du fœtus lui-même. On conçoit d'ailleurs que l'époque de la mort du fœtus peut être, dans quelques cas, postérieure au terme naturel de la grossesse: ainsi, la plupart des fœtus momifiés semblent appartenir à des fœtus à terme. Dans un cas rapporté plus haut, le fœtus avait deux incisives à chaque mâchoire.

(1) Hist. de l'Académie royale des Sciences, 1748.

MALADIES DE L'OVAIRE (KYSTES).

(PLANCHE III, V^e LIVRAISON).

Au milieu de l'innombrable tribu des lésions organiques dont notre économie est susceptible, une des plus fréquentes est sans contredit la transformation enkystée de l'ovaire, cet organe essentiel de la génération de la femme. Sa texture éminemment vésiculaire, spongieuse, érectile; le grand développement, eu égard à son volume, de ses vaisseaux et surtout de ses veines; la nature de ses fonctions qui le fait participer si activement à l'orgasme du coït, et les divers troubles auxquels est exposé l'acte de la fécondation; l'âge du retour qui porte principalement sur cet organe; voilà les circonstances principales qui expliquent et la fréquence et le caractère particulier de ses maladies. Situé au milieu de la cavité pelvienne, isolé de toutes parts, suspendu par un ligament, libre d'ailleurs de toute espèce de rapports de continuité, recevant des vaisseaux propres, enveloppé d'une espèce de coque fibreuse très-épaisse, l'ovaire peut s'affecter isolément et profondément au milieu de l'intégrité parfaite des autres organes. Ce caractère, qui lui est exclusivement propre, ou du moins qu'on ne rencontre au même degré dans aucun autre viscère, explique pourquoi l'économie prend si peu de part aux altérations les plus graves de l'ovaire, et cet isolement de ses maladies appelle, justifie même en partie les tentatives hardies qui ont été faites dans ces derniers temps pour en débarrasser l'économie au moyen de l'extirpation.

La presque totalité des maladies dont l'ovaire est susceptible peuvent être rangées sous le titre d'hydropisies enkystées, ou kystes de l'ovaire. Mais que de variétés, ou d'espèces, tellement importantes, que, sans leur connaissance exacte, on est tous les jours exposé à de graves erreurs de diagnostic et de thérapeutique! c'est pour remplir autant qu'il est en moi la lacune qui existe à cet égard que je vais présenter dans une série de planches les espèces principales d'hydropisies enkystées des ovaires, établir autant que possible le diagnostic différentiel de ces diverses espèces, et exposer les indications thérapeutiques qui découlent naturellement de la connaissance approfondie du caractère de la maladie. Les principales espèces que j'ai eu occasion de rencontrer peuvent être réduites aux suivantes : 1°. L'ovaire est converti en une poche unique qui peut acquérir un volume tel qu'elle remplisse la presque totalité de l'abdomen à la manière d'une ascite. Il est probable que, dans ce cas, une seule vésicule aura, par son développement, effacé le reste de l'organe qu'on rencontre atrophié sur l'un des points de la circonférence de la poche et confondu avec des épaississemens cartilagineux et osseux. 2°. Poche unique comme dans le cas précédent, mais de sa face interne s'élèvent des espèces de mamelons ou de végétations aplaties, plus ou moins étendues en largeur et en hauteur, formées par une matière filante comme le corps vitré, ou concrète comme le cristallin, contenues dans des cellules fibreuses, irrégulières. Dans la première espèce, la matière contenue est le plus souvent liquide; dans la seconde, elle est le plus souvent filante comme du blanc d'œuf, ou tremblotante comme de la gelée, et ne peut être évacuée par la ponction. 3°. Tumeur divisée en une multitude de loges ou cellules remplies par une matière de qualité variable. Tantôt c'est une sérosité limpide; d'autres fois, c'est un liquide filant, albumineux, une gelée rougeâtre, souvent une matière purulente, sanguinolente. J'ai même rencontré une matière crétacée, remplissant un bon nombre de ces loges. Il n'est pas rare de voir une, deux ou trois loges constituer la moitié, les deux tiers ou les trois quarts de la tumeur. Ces kystes peuvent être parfaitement distincts même des autres, ou bien ils sont réunis en un certain nombre de groupes, mais dont les parties constituantes communiquent entre elles. 4°. Kystes acéphalocystes. 5°. Kystes qui contiennent des poils et une matière athéromateuse. 6°. Kystes ovariques qui contiennent un fœtus ou ses débris. 7°. Kystes supportés par une base cancéreuse.

Kyste multiloculaire et gélatiniforme de l'ovaire simulant une ascite.—Ponctions sans résultat (*).

Motin (Victoire), soixante-neuf ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 6 février 1829, dans l'état suivant : abdomen très-volumineux, tout-à-fait indolent, uniformément développé, en forme d'outre. Fluctuation obscure; on dirait que le flot du liquide n'arrive aux doigts explorateurs qu'à travers une grande épaisseur de parties : membres abdominaux très-infiltrés; état général peu satisfaisant; pouls petit; émaciation extrême; face décolorée; affaiblissement tel que la malade ne peut donner aucuns renseignemens sur son état et qu'on est obligé d'aller aux informations auprès des parens : elle avait eu six enfans et avait traversé l'époque critique sans accidens vers la cinquantième année. Sa bonne santé s'était maintenue jusqu'à soixante-quatre ans; à cette époque elle devint sujette à des vomissemens opiniâtres; bientôt l'embonpoint considérable qui la caractérisait fit place à la maigreur; à soixante-sept ans, l'abdomen commença à augmenter de volume, et acquit par degrés les dimensions énormes qu'il présentait actuellement; la malade n'avait jamais accusé la moindre douleur, mais les digestions étaient pénibles et souvent accompagnées de vomissemens. Depuis un mois ces vomissemens étaient continuels, en sorte que les plus petites quantités d'alimens et de boisson étaient repoussées. La tisane de pariétaire nitrée, les potages que l'on prescrivit d'abord, puis le lait furent vomis. La matière de l'un de ces vomissemens était couleur chocolat, ce qui fit craindre une affection cancéreuse de l'estomac. Le 10, les vomissemens résistant à tous les moyens, le pouls devenant de plus en plus faible, la suffocation paraissant imminente, on se décide à pratiquer la ponction; on se proposait de n'évacuer que la moitié du liquide pour prévenir la syncope qui accompagne souvent une déplétion subite. La fluctuation paraissait moins obscure aux régions ombilicale et iliaques que partout ailleurs. Ce fut sur la région iliaque droite que la ponction fut pratiquée. Une première n'ayant rien produit, on eut recours à une seconde, puis à une troisième qui amena une cuillerée de liquide gélatineux, jaunâtre, et démontra l'inutilité de nouvelles tentatives. La malade n'éprouva aucun accident de cette triple piqûre. Elle s'éteignit le lendemain sans agonie.

Ouverture du cadavre. De nouvelles ponctions furent pratiquées sur le cadavre sans aucun résultat. La tumeur remplissait toute la capacité de l'abdomen : d'une part, refoulait en haut contre le diaphragme, le foie, l'estomac et le colon transverse; comprimait les intestins grêles qui avaient été repoussés derrière elle sur les côtés de la colonne vertébrale, et plongeait d'une autre part dans le petit bassin en se moulant sur l'angle sacro-vertébral. Cette tumeur, représentée demi-grandeur (fig. 1, planche III), était bosselée, libre de toutes parts, excepté du côté de l'utérus U, qui occupait la partie antérieure et supérieure de la tumeur; il était déformé à cause des tractions qui avaient été exercées sur son angle supérieur droit et obliquement allongé de gauche à droite. A gauche, on reconnaît très-bien le ligament large, la trompe utérine T, l'ovaire atrophié O, le ligament rond très-développé LR, deux fois plus volumineux que celui de l'autre côté. A droite, on voit également le ligament rond LR, la trompe utérine T verticalement dirigée, et sillonnant la partie antérieure de la tumeur. On distingue même toutes les franges de la trompe, qui étaient libres, excepté dans un point. On peut très-bien distinguer le ligament de l'ovaire LO, le ligament large déformé; mais point d'ovaire, et, à sa place, l'énorme tumeur.

La figure 1 donne une idée exacte de l'aspect de la surface de la tumeur KO, KO, KO, les bosselures et les vésicules de divers ordres pour le volume et pour la saillie, la demi-transparence et la ténuité des parois, les vaisseaux veineux très-volumineux, très-flexueux, très-aplatis, qui rampent çà et là sur les parois et répondent aux anfractuosités de la tumeur; la matière gélatineuse MG, MG, qui s'échappe de divers points ouverts, tout est ici frappant de vérité.

La figure 2 représente de grandeur naturelle une partie de la tumeur ouverte : on voit que le kyste est divisé, par des cloisons plus ou moins complètes, en un nombre prodigieux de compartimens ou loges, subdivisés encore par des cloisons incomplètes ou brides secondaires. Ces loges, d'inégale capacité, communiquent toutes entre elles au moyen d'ouvertures circulaires, petites, faites comme avec un emporte–

(*) Observation et pièce pathologique communiquées par M. le docteur Martin-Solon.

pièce. Les parois des cellules présentent d'ailleurs le même aspect que les parois de la poche; comme celles-ci, elles sont parcourues par des veines rameuses extrêmement multipliées, surtout dans quelques points. La disposition aréolaire qui paraît être le type de ce genre de productions organiques, est on ne peut plus marquée en KA. La matière contenue était semblable à de la gelée, dont la transparence est si bien rendue sur le plateau noir qui la reçoit, offrant çà et là une teinte jaunâtre, verdâtre, et dans quelques points, une couleur blanche semblable à du blanc d'œuf moitié cuit. Cette matière MG, MG, MG, s'écoulait lentement des larges ouvertures pratiquées aux parois de la poche, ce qui explique pourquoi elle n'avait pu être évacuée par la ponction. A travers la transparence de cette matière gélatiniforme, on voyait des filamens blancs, rameux, semblables à des vaisseaux et paraissant naître des parois des cellules. Parmi eux était un véritable vaisseau de cinq à six pouces de longueur, à parois résistantes, sans aucune ramification, qui contenait du sang dans divers points de sa longueur et se terminait en s'épanouissant. Des îles de sang IS, IS, IS se voyaient çà et là. Les unes tenaient aux parois des cellules à l'aide de petites traînées de sang, les autres étaient complètement isolées, absolument comme dans une fausse membrane qui commence à s'organiser.

La matière gélatineuse n'adhérait pas aux parois des cellules, dont elle se détachait en masse, sans qu'il en restât le moindre vestige. Dans un assez grand nombre de points de ces parois naissaient de petits globules gélatineux qui y adhèraient tantôt par un pédicule très-grêle, tantôt par un vaisseau qui faisait alors saillie dans l'intérieur de la poche. Quant à la texture de ces parois, elles sont d'un blanc opale, demi-transparentes sur les cellules, d'un blanc de cartilage sur les cloisons. Elles résistent à la manière du tissu fibreux, mais ne présentent nullement la disposition linéaire. Elles tiennent le milieu entre le tissu fibreux et le tissu cartilagineux. Le péritoine était granuleux sur l'intestin grêle et sur la partie postérieure de la tumeur. Le foie, la rate, les reins avaient diminué de volume, mais sans altération de tissu. L'estomac, réduit au quart de sa capacité habituelle, présentait, près de son extrémité pylorique, une ulcération de trois à quatre lignes de diamètre, à bords durs, épais, taillés à pic, et qui présentait tous les caractères d'un ulcère cancéreux. Plusieurs ecchymoses couleur chocolat, tout-à-fait semblables pour la couleur aux matières vomies, se voyaient çà et là autour de l'ulcération. Les autres organes étaient sains. Le tissu cellulaire des membres inférieurs était infiltré de sérosité. Le cerveau n'a point été examiné.

Réflexions. — Sous le rapport thérapeutique, cette observation mérite de fixer toute notre attention. Nous voyons qu'une hydropisie enkystée de l'ovaire a été prise pour une ascite et ponctionnée comme telle. Rien de plus facile à distinguer de l'ascite qu'une hydropisie enkystée de l'ovaire commençante; la circonscription est le caractère pathognomonique du kyste, quel que soit le siége qu'il occupe. Quant à la circonstance du développement du kyste sur l'un des côtés de l'abdomen, qui est généralement indiquée dans les auteurs, elle est illusoire, elle est purement théorique : le kyste de l'ovaire se place en effet de suite sur la ligne médiane, par la raison qu'il se développe dans le sens qui lui offre le moins de résistance. Mais le kyste occupe-t-il toute la capacité de l'abdomen? plus de circonscription possible ! Alors l'hydropisie enkystée de l'ovaire se confond avec l'hydropisie du péritoine, sous le rapport du volume et de la forme de l'abdomen. A l'aide de quels signes établirons-nous donc le diagnostic différentiel de ces deux maladies, diagnostic qui n'est pas seulement intéressant comme théorie, comme perfectionnement de la science; mais encore sous le point de vue pratique? L'ascite en effet est rarement idiopathique, elle tient le plus souvent à une affection organique des viscères abdominaux; elle est souvent liée à une péritonite, tandis que l'hydropisie enkystée de l'ovaire est presque toujours une affection locale qui se concilie avec l'intégrité parfaite de tous les autres organes, qui, comme toutes les lésions locales qui sont à la portée des moyens chirurgicaux, peut être, à la rigueur, revendiquée par la chirurgie : déjà des tentatives hardies ont été faites, et même deux fois avec succès, pour débarrasser les malades de kystes ovariques énormes.

Les signes pathognomoniques différentiels de l'hydropisie enkystée de l'ovaire et de l'ascite sont les suivans : 1° dans l'ascite, le liquide occupe toujours les parties les plus déclives; en conséquence, dans le décubitus horizontal, c'est dans le bassin, c'est dans les régions lombaires

qu'il s'amasse; les intestins grêles flottans au milieu de la cavité abdominale répondent à la région ombilicale, suivant l'observation importante de Frank; l'arc du colon et l'estomac répondent à l'épigastre : percutez doucement l'abdomen avec le doigt, ou, ce qui est bien préférable, avec la plaque d'ivoire de M. Piorry, le son sera mat à l'hypogastre, aux lombes, et cela dans une étendue variable, suivant la quantité de liquide épanché; de plus, le son mat changera de place avec le liquide dans les différentes positions que vous ferez prendre au malade; mais le son restera toujours creux au niveau des régions ombilicale et épigastrique. Dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, au contraire, le kyste se développe au-devant des intestins qu'il refoule en arrière, en sorte que dans aucun cas possible, et dans aucun degré de développement le son gazeux n'existera au-devant de la tumeur. Cette observation appartient à M. Rostan. Joignez à cela que la fluctuation de l'hydropisie enkystée de l'ovaire n'est jamais aussi tranchée que celle de l'ascite; que, d'après les recherches de M. Piorry, le son rendu par le kyste est beaucoup plus mat, et qu'à l'aide de la percussion médiate ou immédiate, la précision peut être portée au point de distinguer, dans le cas de complication, ce qui appartient au kyste de ce qui appartient à l'ascite. 2°. Dans l'ascite, on trouve le col utérin à sa place accoutumée; dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, l'utérus n'est pas refoulé en bas comme on le dit généralement; au contraire, il est attiré en haut, de telle sorte qu'il est impossible de l'atteindre; ajoutez que, dans ce dernier cas, la cavité pelvienne est remplie par une tumeur qui est une dépendance de la tumeur abdominale. Dois-je rappeler à côté de ces signes positifs que l'hydropisie enkystée de l'ovaire se concilie souvent avec un état général excellent, tandis que l'ascite est presque toujours liée à une affection organique qui a long-temps altéré la constitution, que rarement l'ascite existe sans œdème ou anasarque des extrémités inférieures, tandis que l'hydropisie enkystée de l'ovaire se voit souvent sans ce dernier symptôme.

Il me paraît impossible de distinguer, dans l'état actuel de la science, le kyste uniloculaire gélatineux du kyste uniloculaire séreux; la fluctuation m'a paru la même dans les deux cas : mais je crois qu'on pourra souvent distinguer le kyste multiloculaire du kyste uniloculaire : dans le premier, en effet, la fluctuation est extrêmement obscure, ou plutôt n'existe pas; on peut, dans beaucoup de cas, reconnaître les bosselures de la tumeur, soit à travers les parois de l'abdomen, soit à travers les parois du vagin et surtout celles du rectum. Règle générale : point de ponction lorsque la fluctuation n'est pas aussi manifeste que possible. Or la fluctuation d'un kyste multiloculaire est à peine marquée; celle d'un kyste uniloculaire gélatiniforme m'a paru la même que celle du kyste uniloculaire séreux. La ponction ne peut remplir son objet que dans ce dernier cas. La distinction des kystes en uniloculaires et multiloculaires serait d'une bien grande importance si l'extirpation de l'ovaire devenait une opération avouée par l'art. Les kystes multiloculaires devraient être respectés, les kystes uniloculaires seuls seraient susceptibles d'extirpation, parce qu'avec la précaution de vider la poche ils pourraient être enlevés à la faveur d'une incision médiocre des parois abdominales.

Sous le point de vue de l'anatomie pathologique, je crois devoir ranger cette altération dans cette grande classe de lésions organiques caractérisées par la transformation d'un tissu en un tissu nouveau, incapable de revenir à son organisation première; vrai parasite, vivant d'une vie propre, indépendante, pourvu d'un système vasculaire nouveau, s'appropriant des sucs nourriciers; susceptible d'un accroissement indéfini, parce que les matières sécrétées s'organisent à mesure. A ces traits on reconnaît le caractère de la plupart des espèces d'altérations connues sous le nom de cancer.

C'est en effet dans les catégories, de *cancers aréolaires et gélatiniformes,* que se classe le kyste de l'ovaire, représenté planche III; cancers qu'on a désignés sous le nom impropre de colloïdes, et qui ne diffèrent du cancer aréolaire et gélatiniforme de l'estomac et des autres tissus que par la capacité de ses mailles. Cette forme de dégénération, sur laquelle j'aurai occasion de revenir, a cela de particulier qu'elle est toujours locale. Elle peut envahir et elle envahit souvent tous les tissus voisins, mais seulement par voie de continuité, jamais par voie d'infection générale.

MALADIES DES OVAIRES.

Kystes pileux.

(XVIII^e livr., Pl. III, IV, V.)

EXPLICATION DES FIGURES.

Planche III. La fig. 1 représente un *kyste pileux*, KP, dont le siége est évidemment l'ovaire droit. Dans ce kyste est contenue une matière graisseuse jaunâtre, au milieu de laquelle se voient quelques poils : le kyste tient à l'utérus par la trompe U dont le pavillon P T répond à l'extrémité interne de ce kyste et par les artères ovariques A O, qui sont très flexueuses.

L'utérus U est remarquable par sa forme, par l'étranglement qu'il présente à la réunion du corps avec le col, par le phosphate calcaire qui pénètre tous les vaisseaux artériels si prodigieusement flexueux.

Il n'y a plus de museau de tanche, disposition extrêmement fréquente chez les vieilles femmes; beaucoup plus fréquente que l'alongement de ce col, généralement indiqué comme l'état normal : le petit pertuis O M T que présente le museau de tanche, se termine immédiatement en cul-de-sac, ainsi qu'on le voit fig. 2.

La fig. 2 montre l'utérus ouvert. L'orifice vaginal du col utérin O M T était oblitéré : la cavité utérine dilatée contenait une mucosité sanguinolente. L'injection rouge que présente la face interne du corps de l'utérus s'observe souvent dans le cas d'oblitération du col et par suite de rétention du mucus utérin.

La fig. 3 représente la masse de poils qui était contenue dans le kyste K P, fig. 1, au milieu d'une matière graisseuse dont il a été facile de la débarrasser à l'aide de l'immersion dans l'huile essentielle de térébenthine. Ces poils ont une couleur châtain foncé.

La fig. 4 représente le fragment le plus intéressant des parois du kyste qui sont fibreuses, et de la face interne desquelles naissent çà et là quelques poils de même couleur que ceux qui sont contenus au milieu de la matière graisseuse. Ce fragment présente 1° une plaque osseuse P O, 2° une petite tumeur pédiculée T C criblée de trous, et de laquelle naissent des poils. Cette petite tumeur examinée avec le plus grand soin m'a présenté tous les caractères du tissu cutané. Dans l'épaisseur de cette petite tumeur était un noyau osseux amorphe; mais nulle part je n'ai trouvé de traces de dents.

Fig. V. La fig. 5 représente un *double kyste pileux* (1) observé chez une femme morte un mois après l'accouchement. L'utérus offre encore un développement considérable; le ligament rond droit L R, est également très volumineux.

Des deux kystes K P, K P, le postérieur plus considérable fait suite au ligament ovarique L O, et conséquement est formé, suivant toutes les probabilités, aux dépens de l'ovaire.

Le kyste antérieur, très petit, fait suite à la trompe et paraît formé aux dépens du pavillon de cette trompe. Ce kyste ne contient rien autre chose que des poils enchevêtrés au milieu d'une matière adipeuse.

Les parois de ce kyste sont formées par un tissu fibreux dans lequel sont implantés par une de leurs extrémités un grand nombre de poils.

Le grand kyste qui a été débarrassé de la matière grasse qu'il contenait, présente une *bride fibreuse* que soulève une sonde. De l'une des extrémités de cette bride naissent deux dents qu'il m'a été facile de reconnaître pour une dent incisive et une dent canine. Toutes deux sont implantées dans un os contenu dans l'épaisseur des parois du kyste et dont la forme est représentée fig. 6. La fig. 7 montre que les deux dents étaient soudées, que la racine de la dent canine très développée était seule reçue dans l'alvéole A.

La fig. 8 représente les deux dents sous une autre face.

Planche IV. La fig. 1 représente un kyste pileux ovarique (je n'ai pas noté de quel côté) très volumineux : on voit la masse adipeuse et pileuse M P, des plaques ossifiées P O, P O, une bride fibreuse B, à l'extrémité postérieure de laquelle se voient deux dents, une canine D C, une molaire D M, qui appartiennent bien évidemment à la première dentition : l'une et l'autre dent sont supportées par un os percé d'un trou D O; cet os était enveloppé de tissu fibreux. La fig. 2 et la fig. 3 représentent les deux dents et l'os qui les soutient. Il est probable que cet os est le débris d'un os maxillaire supérieur. Le trou D O pourrait bien représenter le trou sous-orbitaire.

(1) Pièce pathologique donnée par M. Caffe, membre de la Société anatomique.

Fig. 2. Elle représente un kyste pileux K accolé à l'utérus. La pièce avait été détachée sans aucun soin, en sorte que je n'ai pas pu déterminer aux dépens de quelle partie le kyste était formé; mais il est probable que c'était aux dépens de l'ovaire. Un kyste pileux à parois très épaisses KO, existait de l'autre côté.

Dans l'intérieur du kyste se voit une bride fibreuse B, à l'une des extrémités de laquelle sont deux dents que j'ai reconnues pour être une incisive et une canine. A côté de ces deux dents et de la bride se voit un tissu criblé de trous qui est bien évidemment un fragment de peau.

La fig. 5 représente la portion osseuse qui soutient les dents : il est probable que cette portion osseuse appartenait à l'os maxillaire supérieur ; l'échancrure DO paraît être le trou sous-orbitaire. Les deux dents sont appliquées l'une au-devant de l'autre et soudées dans cette position.

La fig. 6 représente des kystes qui tenaient à l'ovaire gauche OG. De ces deux kystes qui n'avaient aucune communication entre eux, l'un contenait une masse pileuse MP, l'autre ne contenait qu'une matière grasse sans poils. Dans l'épaisseur de la cloison intermédiaire se voyait une masse informe de dents soudées entre elles et soutenues par quelques fragments osseux; ces dents faisaient saillie dans le kyste pileux.

Planche V. Elle représente un kyste pileux ovarique du côté gauche, que je dois à l'obligeance accoutumée de M. Blandin. Ce kyste qui était du volume de la tête d'un enfant d'un an a été trouvé chez une femme morte à l'Hôpital Beaujon en 1831, par suite d'un ramollissement de l'estomac, et sur laquelle on n'a pu se procurer aucun renseignement.

La tumeur qui occupait le fond de l'excavation pelvienne avait déjeté en avant l'utérus et comprimait tous les organes contenus dans l'excavation. Cette tumeur était un kyste rempli par une matière grasse de la couleur et de la consistance du beurre fondu, entourant de toutes parts un peloton de poils qu'on a débarrassés de la matière grasse à l'aide de l'alcool.

Cette masse pileuse MP, fig. 1, ovoïde, qui était formée par des cheveux intriqués et comme feutrés, d'un roux cendré, mais d'une longueur extraordinaire, tenait aux parois du kyste à l'aide d'une mèche bien peignée dont la couleur était d'un châtain foncé.

La partie du kyste d'où naît la mèche TC, TC, et le voisinage de ce point, présentent une disposition tout-à-fait étrangère au reste des parois, 1° elle est convexe et forme deux tumeurs TC, TC, séparées l'une de l'autre par un sillon vertical; 2° elle est criblée de trous; 3° une partie de cette surface est dégarnie de poils; mais sur la partie qui en est pourvue, on les voit sortir du fond de ces trous ou pores. Il ne m'a pas été difficile de reconnaître l'aspect du tissu cutané décrit fig. 4, pl. III. En outre celle des tumeurs TC, qui est plus à droite, est bifurquée à son extrémité inférieure et présente deux petits étuis cornés SC, SC, qui revêtent les extrémités de cette bifurcation : à gauche de la mèche est la bride B, sur laquelle se prolonge le tissu cutané.

Dans l'épaisseur des parois du kyste, se voit en O, un tissu aréolaire contenant une matière gélatineuse.

Cette disposition rappelle celle d'un grand nombre de kystes ovariques uniloculaires qui présentent sur l'un des points de leurs parois l'ovaire aplati et transformé en tissu aréolaire.

La fig. 2 représente la bride B et la mèche de cheveux C, vues sous un autre aspect. On aperçoit deux dents dont l'une est à découvert et l'autre est enveloppée par le tissu cutané jusqu'à son extrémité libre qui seule déborde et qui est pointue.

La fig. 3 représente, disséquée ,la partie de la tumeur d'où naissait la mèche de cheveux, le kyste étant dans la même position que dans la fig. 1. Une incision longitudinale pratiquée à côté de la mèche, a démontré 1° que la peau était doublée par une couche assez épaisse de tissu adipeux; qu'au milieu de ce tissu adipeux était une charpente osseuse DO, DO, de forme fort irrégulière, dont toutes les parties sont continues et soudées entre elles, et au milieu de laquelle il est impossible de déterminer non-seulement un os, mais encore la plus petite partie d'un os.

La substance cornée SC, SC, emboîte une petite avance osseuse.

La fig. 4 représente le petit squelette vu sous un autre point de vue. La position a été choisie de manière à mettre en évidence les deux dents déjà mentionnées. De ces dents, l'une est une molaire DM, l'autre est une canine DC; c'est cette dernière qui était enveloppée par le tissu cutané : les dents étaient implantées dans deux alvéoles bien distinctes qui paraissent avoir appartenu au maxillaire supérieur.

Considérations sur les kystes pileux en général, et sur ceux des ovaires en particulier (1).

Les kystes pileux sont incomparablement plus fréquents dans les ovaires que dans toutes les autres parties du corps réunies. Après l'ovaire, c'est dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'ils ont été le plus souvent observés.

(1) *Voyez* le Mémoire de Meckel, qui a réuni la plupart des faits connus sur ce sujet (*Journal complémentaire*, tom. 4).

Aux faits de kystes sous-cutanés déjà connus et dont j'ai consigné ailleurs plusieurs exemples (voyez *Essai sur l'Anat. pathol.*, tom. II, p. 186), j'ajouterai le suivant : une petite fille, âgée de 9 ans, portait, sur la partie moyenne du nez une croûte du volume de la tête d'une épingle à friser ; j'enlève cette croûte ; je porte un stylet dans le pertuis qu'elle cache : quel n'est pas mon étonnement de voir l'instrument pénétrer à un pouce et demi de profondeur, et se diriger d'abord sous la peau, puis plus profondément du côté des sinus frontaux. Une pression exercée de haut en bas, détermine la sortie de plusieurs poils noirs de 6 lignes de longueur. Comme je manifestais ma surprise, les parents me dirent que souvent pareil phénomène avait eu lieu ; qu'il leur était même arrivé parfois d'entraîner de petites masses de poils qui se présentaient à l'ouverture fistuleuse. Du reste, je m'assurai par une injection qu'il n'existait aucune communication entre ce trajet fistuleux et les fosses nasales. Avant d'en venir à l'incision de la partie sous-cutanée du trajet fistuleux, je conseillai une injection irritante pour dénaturer les parois du foyer et obtenir plus tard leur recollement. Je n'ai pas revu la petite malade qui habitait dans un département voisin, et j'ai lieu de croire qu'elle a été guérie par le seul fait de l'injection.

L'analyse de tous les cas authentiques de pili-mixtion consignés dans les auteurs, conduit à cette conséquence, que tous ces cas doivent être rapportés à l'ouverture d'un kyste ovarique dans l'intérieur de la vessie. On conçoit cependant, à la rigueur, l'introduction directe d'une mèche de cheveux dans la vessie par le canal de l'urèthre, surtout chez les femmes. Les poils rendus par l'anus, ceux trouvés dans les voies digestives et les intestins en particulier, peuvent, dans quelques circonstances, être arrivés dans ces organes par la même voie; le plus souvent ils ont été ingérés par la bouche.

Ordinairement uniques, les kystes pileux des ovaires sont quelquefois doubles et juxta-posés, l'un plus grand, l'autre plus petit. Quelquefois le même ovaire présente un kyste pileux et un kyste ou deux remplis de matière grasse, mais non pileux.

Le volume des kystes pileux ovariques présente beaucoup de variétés. A côté de ces cas dans lesquels l'ovaire énormément dilaté, égalait en volume la tête d'un adulte, nous en trouvons d'autres dans lesquels il ne dépassait pas celui d'un œuf de poule, d'un œuf de pigeon et même d'un ovaire ordinaire.Tout récemment, en incisant un ovaire qui présentait, à peu de chose près, son volume ordinaire, mais dont la mollesse inaccoutumée et la consistance pâteuse éveillèrent mon attention, je fus étrangement surpris de voir qu'il était converti en un kyste pileux.

On rencontre constamment dans les kystes pileux des ovaires, en même temps que des poils, une matière grasse semblable pour la consistance et l'aspect à de l'axonge, au milieu de laquelle les poils sont enchevêtrés. Cette matière grasse, ordinairement inodore, peut subir une sorte de décomposition putride et devenir brunâtre et fétide. Cette altération qui peut n'être que partielle paraît tenir, non à la matière grasse elle-même, mais à une sécrétion morbide, fournie par les parois du kyste qui sont quelquefois le siége d'un travail de suppuration et d'élimination.

Les poils sont adhérents ou libres. Les poils libres sont disséminés au milieu de la matière grasse à la manière de la bourre dans du mortier. Les poils adhérents tiennent au kyste : 1° par une de leurs extrémités, ce cas est le plus rare; 2° par un des points de leur longueur. Les premiers sont pourvus d'un bulbe pileux ; les seconds en sont dépourvus

Dans ce dernier cas, les poils peuvent être maintenus, 1° à l'aide d'un anneau ou d'un cylindre fibreux, dans lequel ils sont libres et glissent avec la plus grande facilité; 2° dans une plus ou moins grande partie de leur longueur, à l'aide d'une couche très ténue et comme transparente, formée par les parois du kyste. Il n'est même pas rare de voir des poils très courts contenus en entier dans l'épaisseur de ces parois. Les poils sont quelquefois adhérents aux parois du kyste à l'aide de plaques crétacées qui les retiennent immobiles ; et dans cette dernière circonstance, ils sont presque toujours réunis, groupés en plus ou moins grand nombre.

Il est facile de confondre l'adhérence par plaques crétacées des poils dans un des points de leur longueur, avec l'implantation de ces mêmes poils par une de leurs extrémités. Le ramollissement par l'acide nitrique, et même la simple inspection de ces plaques qui permet de suivre les poils à leur surface et dans leur épaisseur, ou enfin le brisement de ces mêmes plaques permettra d'éviter toute espèce d'erreur à cet égard.

La couleur des poils enkystés est en général rousse, blonde : il n'est pas rare cependant d'en voir d'une couleur châtain clair ou foncé, et même noire. Le même poil peut affecter diverses nuances de coloration dans les différents points de sa longueur.

Les poils présentent de très grandes différences de longueur, depuis quelques lignes jusqu'à plusieurs pieds. Il en est qui ne le cèdent pas aux cheveux les plus longs.

En général, les poils des kystes pileux ont beaucoup plus de rapports avec les cheveux qu'avec les poils proprement dits : je ne les ai jamais vus crêpus et frisés, comme ceux des pubis, par exemple ; ce qui réfute l'opinion de Bauhin, qui ayant noté des poils blancs fixés à la tunique interne d'un kyste de l'ovaire chez une femme dont le pubis en était dépourvu, crut que la présence de ces poils était le fait d'une transposition.

Pour débarrasser les poils de la matière grasse, au milieu de laquelle ils sont disséminés, il suffit de plonger la masse enkystée dans l'huile essentielle de térébenthine. Alors les poils se présentent sous l'aspect d'un feutre assez analogue, sauf la consistance, à ces boules de poils connues sous le nom d'égagropiles.

Les parois des kystes pileux sont très denses, épaisses, et peuvent généralement être divisées en plusieurs lames superposées. Leur structure est fibreuse, leur surface interne est quelquefois lisse, et le plus souvent inégale, rugueuse, parsemée de plaques cartilagineuses et crétacées. A cette surface interne sont attachés un plus ou moins grand nombre de poils, tantôt isolés, tantôt groupés en petites mèches. Il est rare de trouver des kystes pileux sans quelques poils adhérents.

Ces kystes sont quelquefois altérés dans leur organisation, et alors tantôt ils sont usés par un travail d'élimination, tantôt ils sont le siége d'une altération stéatomateuse analogue à celle que subissent les parois artérielles et les poches des anévrysmes.

Le plus grand nombre des kystes pileux ovariques ne renferment que des poils. Il en est d'autres qui contiennent des dents en même temps que des poils. Je ne connais pas d'exemple authentique de kyste ovarique avec dents qui fût dépourvu de poils.

Dans tous les cas soumis à mon observation, les dents ressemblaient exactement à celles de la première dentition ; leur couronne libre proéminait dans l'intérieur du kyste ; leurs racines parfaitement développées, quelquefois infléchies, ou contournées, ou soudées entre elles, étaient contenues dans des alvéoles; les alvéoles étaient supportées par un fragment osseux plus ou moins considérable, caché dans l'épaisseur des parois du kyste ; et ce fragment osseux, m'a paru, dans quelques cas, appartenir à l'os maxillaire supérieur. Il existe quelques exemples où des dents semblables à celles de la deuxième dentition, existaient en même temps que des dents semblables à celles de la première : tel est le cas rapporté par Anderson. Deux dents de lait étaient libres dans la cavité du kyste, tandis qu'une troisième dent, semblable aux dents permanentes, adhérait aux parois. On trouve dans les kystes pileux les trois espèces de dents. Lorsqu'il n'y a que deux dents, ce sont toujours deux dents voisines, telles qu'une incisive et une canine, une canine et une molaire.

Le nombre des dents trouvées dans les kystes pileux varie beaucoup. Le plus souvent elles sont au nombre de deux, quelquefois l'on n'en rencontre qu'une seule; il en existe d'autres fois trois, cinq, six, et même bien davantage.

Cleghorn, cité par Meckel, a trouvé 44 dents, dont plusieurs étaient des dents de lait et d'autres des dents permanentes. Enfin Ploucquet et Autenrieth parlent d'une jeune femme de 22 ans, stérile, dont l'ovaire, qui pesait plus de 20 livres, renfermait 300 dents, outre une multitude d'os informes, dentelés et disséminés, les uns dans des

noyaux cartilagineux, les autres dans des membranes vasculaires. J'avoue qu'il faut toute l'autorité de ces observateurs pour que je ne rejette pas un fait aussi extraordinaire, que je crois devoir reléguer provisoirement parmi ces observations douteuses, qui ont besoin d'être vérifiées par d'autres observateurs.

La présence des dents suppose toujours la présence d'un os d'implantation ; cet os d'implantation est ordinairement tellement déformé, qu'il est bien difficile d'y reconnaître un fragment d'os maxillaire. Je n'ai jamais rencontré une portion de squelette aussi considérable que dans le cas représenté pl. V ; mais au milieu de cette masse osseuse dont toutes les parties étaient soudées entre elles, il m'a été impossible de déterminer un seul os.

Le fait représenté pl. V, prouve qu'indépendamment des poils, des dents et des os, on peut rencontrer des ongles, et par conséquent toutes les productions cornées ou calcaires de l'espèce humaine. L'anatomie pathologique comparée a permis de voir que les kystes analogues observés chez les animaux, contiennent de la laine chez la brebis, des plumes chez les oiseaux, de la bourre chez le bœuf.

Tous les kystes pileux pourvus de dents m'ont présenté une bride fort remarquable, à l'une des extrémités de laquelle répondent les dents et les os d'implantation. Cette bride n'existait dans aucun des cas de kyste simplement pileux que j'ai observés.

Dans un certain nombre de kystes pileux pourvus de dents, j'ai trouvé la surface interne du kyste formée dans un espace limité par un *tissu cutané* parfaitement distinct. Dans un cas, le tissu cutané formait une sorte de tumeur pédiculée.

Dans le cas représenté planche IV, le tissu cutané tapissait une surface assez étendue du kyste ; il était doublé par du tissu adipeux et recouvrait le squelette.

La peau des kystes pileux est remarquable par le développement de trous ou pores, desquels on voit naître les poils. Le cuir chevelu est la seule partie de la peau où cette disposition soit aussi prononcée : par-tout où existe du tissu cutané, les poils sont implantés par une de leurs extrémités et pourvus de bulbes pilifères.

La présence du tissu cutané dans plusieurs kystes pileux étant une fois démontrée, celle des poils n'a rien qui doive nous surprendre ; et bien que le plus grand nombre des kystes pileux soit dépourvu de tissu cutané, n'est-on pas en droit de conclure, par analogie, que ce tissu cutané a existé, mais qu'il a été transformé en tissu fibreux par suite du développement de la tumeur ?

La présence constante d'une matière grasse à laquelle on pourrait trouver quelque analogie avec l'enduit qui recouvre le corps du fœtus, ne serait-elle pas le produit de la secrétion des follicules ou cryptes de la peau ? Cette opinion pourrait être soutenue à quelques égards.

Considérés sous le point de vue clinique, les kystes pileux ovariques peuvent rester stationnaires pendant trente, quarante ans, sans manifester leur présence : et à l'exception des cas où par leur volume considérable ils ont fixé l'attention du médecin et de la malade, c'est presque toujours le hasard qui les a fait découvrir chez des femmes qui, pendant leur vie, n'avaient accusé ni gêne ni douleur du côté de ces organes.

Lorsque les kystes sont volumineux, ils peuvent exercer sur les organes environnants une compression qui entrave plus ou moins leurs fonctions, mais d'une manière purement mécanique.

Les parois du kyste peuvent être le siége d'un travail inflammatoire : des adhérences peuvent s'établir entre elles et les parties environnantes; et, suivant que l'adhérence aura lieu avec le rectum, avec la vessie, avec le vagin, avec l'utérus, ces kytes s'ouvrir dans l'une ou dans l'autre de ces cavités, ou bien se faire jour à l'extérieur, si la tumeur s'est dirigée du côté des parois abdominales. Alors seulement l'art pourra intervenir pour faciliter la sortie des parties contenues dans la poche et obtenir l'adhésion des parois.

Comment expliquer la formation des kystes pileux ?

Dans l'état sain, les poils sont une production épidermique, exclusivement propre au tissu cutané. Les petits poils trouvés à l'origine des muqueuses, telles que sur la caroncule lacrymale, à la face interne des grandes lèvres, n'infirment pas cette règle générale.

Or, dans les kystes pileux, tantôt les poils sont implantés dans un tissu cutané qui tapisse la poche, tantôt libres, ils se trouvent mêlés à une matière grasse et dépourvus de bulbes. Dirons-nous que les poils se sont formés de toute pièce au milieu de cette matière grasse? N'est-il pas plus rationnel d'admettre, que les poils libres ont été produits par un tissu cutané, lequel aura été détruit ou plutôt transformé en tissu fibreux, par suite du travail morbide qui a lieu incessamment dans ces poches accidentelles.

La production des poils dans les kystes pileux pourrait donc s'expliquer par la présence d'un tissu cutané de nouvelle formation. Les kystes pileux sous-cutanés viennent à l'appui de cette manière de voir. Dans ces kystes, c'est la peau qui se prolonge pour tapisser la poche ou si l'on veut la présence des poils est due à des bulbes de plus retournés dont le fond regarde la surface de la peau, et l'orifice le tissu cellulaire sous-cutané. Resterait maintenant la question de savoir si un tissu aussi composé que celui de la peau peut se former accidentellement avec toutes ses dépendances, cryptes et bulbes pileux. Resterait à concilier ce fait avec la simplicité de structure des cicatrices cutanées qui ne présentent qu'une peau imparfaite toujours dépourvue de cet ordre d'appendices. Mais comment avec cette théorie se rendre compte; 1° de la présence des dents, 2° de la présence des os dans les kystes ovariques et de ce squelette osseux si compliqué, représenté pl. V.

La production des dents, suppose la présence de bulbes dentaires. Ces dents sont maintenues dans des alvéoles: ces alvéoles sont soutennes par des débris osseux. Les débris osseux varient, le nombre des dents varie; ces dents ressemblent si exactement à des dents de première dentition extraites de la mâchoire d'un enfant nouveau-né, qu'il serait impossible de les distinguer les unes des autres. Admettrons-nous que des fragments d'os maxillaires, que des dents soient une production accidentelle qui puisse naître de la surface interne d'un kyste fibreux, à la manière d'une végétation fibreuse ou autre. Une pareille interprétation répugnerait à toutes les lois qui président aux transformations organiques, lesquelles ne dépassent pas le cercle des tissus celluleux, fibreux, cartilagineux et osseux. Jamais un nerf, un muscle, et à plus forte raison un bulbe dentaire ne se produisent de toute pièce.

Les conceptions extra-utérines me paraissent seules répondre pleinement à tous les faits connus à cet égard, bien entendu que je fais ici abstraction des kystes pileux sous-cutanés, et voici comment je pense que les choses doivent se passer: une conception extra-utérine a lieu; une adhérence s'établit dans les premiers temps de la conception entre les parois du kyste et l'embryon. Cette adhérence qui suppose un grand désordre est accompagnée de la destruction plus ou moins complète de l'embryon lui-même; or, tantôt il ne reste de l'embryon que la peau qui entre dans la structure des parois du kyste et qui se transforme bientôt plus ou moins complètement elle-même en tissu fibreux, et alors le kyste est simplement pileux, tantôt une portion plus ou moins considérable de la peau, quelques portions de mâchoires, ou d'autres portions du squelette ont échappé à la destruction et alors on trouve des dents, des parties osseuses du tissu cellulaire, sous-cutané, des ongles.

Cette explication rend parfaitement compte des kystes pileux qui occupent les ovaires, les trompes, l'épaisseur des parois de l'utérus, la cavité abdominale chez les femmes en âge d'avoir des enfants. Mais elle est un défaut chez les jeunes filles pubères et chez les hommes: elle ne saurait non plus s'appliquer aux cas où le kyste pileux occupe l'épaisseur du foie, de l'épiploon; alors on est obligé d'admettre que le kyste pileux est le débris d'un fœtus contemporain de l'individu qui le porte; et les mêmes arguments qui établissent la pénétration d'un germe par un autre dans le cas de présence congéniale d'un fœtus plus ou moins complet dans l'intérieur d'un autre individu, sont applicables aux kystes pileux.

Meckel pense que les kystes pileux peuvent être le résultat d'une excitation contre nature des organes génitaux, indépendante de la copulation, ou d'une conception incomplète: *lucina sine concubitu*, qu'ils constituent une ébauche bien imparfaite d'un organisme nouveau : cette théorie ingénieuse est purement hypothétique, et ne repose sur aucun fait positif.

MALADIES DU PLACENTA.

(Pl. I^re^, XVI^e^ livraison).

Le placenta, ce poumon physiologique du fœtus, suivant l'heureuse expression de Stein et de M. Lobstein, auquel sont confiées tout à la fois et la revivification du sang et la transmission des matériaux nutritifs; le placenta doit, en raison de ce double usage, influer d'une manière puissante et sur la vie et sur la santé du fœtus. Par lui, les causes morbides sont transmises directement au fœtus, dont l'organisation complexe est passible de toutes les maladies observées chez l'adulte (*voy.* XV^e^ livr.); mais il peut lui-même subir l'influence de quelques-unes de ces causes, les arrêter en quelque sorte; et les voies de transmission et de revivification des matériaux nutritifs étant interceptées en totalité ou en partie, l'enfant arrive mort ou prodigieusement affaibli. On peut dire que les maladies propres au fœtus n'influent que médiocrement sur sa nutrition, et que les maladies de la mère exercent sur cette nutrition une influence beaucoup moindre que celles du placenta lui-même.

Organe temporaire, espèce de pseudo-membrane organisée, le placenta n'est exposé qu'à un petit nombre de lésions, dont plusieurs ne paraissent pas avoir été bien interprétées. M. le docteur Murat a le mérite d'avoir le premier rassemblé les faits épars qui existaient sur ce sujet (*Dictionnaire des Sciences médic.,* t. 42). Désormeaux, dans son excellent article œuf (*Dict. de Médec.* en 21 vol.), a rapporté à l'hypertrophie les cas décrits par Morgagni, Ruisch et autres observateurs, cas dans lesquels le volume du placenta leur a paru hors de proportion avec celui du fœtus et la cause de la mort de ce dernier. Il croit aussi devoir considérer comme une hypertrophie du placenta, l'altération connue sous le nom de *mole charnue,* de *faux germe ,* de *germe dégénéré,* altération qui s'accompagne le plus souvent de l'absence du fœtus, mais qui peut coexister avec sa présence, ainsi qu'on le voit dans la *mole embryonée.*

M. Brachet de Lyon (*Journ. général de Méd.*, 1828), a publié sur ce sujet, dans un très bon mémoire, dix observations intéressantes qui lui sont propres, et dans lesquelles il cherche à établir la corrélation qui existe entre l'altération observée dans le placenta, l'état du fœtus et les symptômes éprouvés à une époque plus ou moins avancée de la grossesse. C'est à l'inflammation qu'il rapporte d'ailleurs toutes les altérations qu'il a observées , et qui se réduisent : 1° à l'engorgement du placenta, qu'il compare à l'hépatisation des poumons; 2° à un état qu'il appelle avec la plupart des observateurs, *état squirrheux,* et qu'il regarde comme une suite de l'inflammation chronique; 3° à la suppuration du placenta; 4° à la dégénération tuberculeuse qu'il considère comme pouvant être le résultat de la terminaison par suppuration de plusieurs portions du placenta; 5° à l'adhérence organique du placenta et de l'utérus, adhérence qu'il croit être le résultat de l'inflammation simultanée du placenta et de la surface correspondante de l'utérus.

Les lésions du placenta me paraissent devoir se rapporter aux chefs suivants :

1° *Hypertrophie.* Elle consiste quelquefois dans une infiltration séreuse, analogue à celle qu'on observe si souvent dans le cordon ombilical. Cet état coïncidait avec une infiltration pseudo-membraneuse dans l'observation suivante : Une femme accouche prématurément à huit mois d'un enfant mort. Le placenta énorme pesait deux livres moins un quart; il était infiltré de sérosité. Le sérum suivait la direction des vaisseaux et donnait au placenta un volume très considérable. Le tissu cellulaire extérieur au chorion était

pénétré de fausses membranes, le tissu cellulaire intermédiaire au chorion et à l'amnios était infiltré.

2° *Atrophie.* Elle peut être générale ou partielle ; l'atrophie partielle peut occuper un tiers, deux tiers, trois-quarts du placenta : elle peut envahir çà et là quelques cotylédons, en laissant intacts les cotylédons intermédiaires. La conséquence de cette atrophie est le dépérissement et même la mort du fœtus. Les caractères de cette atrophie sont : un amincissement considérable, une sorte de dessiccation du placenta qui devient dense, souvent granuleux, comme tuberculeux, décoloré ou plutôt d'une couleur blanc-jaunâtre. En un mot le placenta se trouve réduit à sa trame fibreuse. C'est cet état du placenta qu'on trouve décrit dans les auteurs, sous le titre de *placenta squirrheux, tuberculeux.* Je regarde cette altération comme le résultat du décollement du placenta ou d'un défaut de communication quelle qu'en soit la cause, entre l'utérus et le placenta dans les points atrophiés. Un petit nombre de cotylédons intacts peut suffire à maintenir la vie, lorsque l'atrophie des diverses parties du placenta a été successive.

3° *Inflammation du placenta.* Si on peut révoquer en doute cette inflammation, lorsqu'on rencontre le tissu du placenta dense, fragile ou friable, gorgé d'un sang noir, offrant tous les caractères de l'hépatisation rouge du poumon, il n'en est pas de même, lorsqu'on trouve, avec M. Brachet, du pus dans l'épaisseur de cet organe. Ainsi, dans la cinquième observation de son Mémoire, « le placenta était très volumineux, les trois-quarts de son » étendue étaient occupés par un vaste dépôt qui contenait plus d'une verrée d'une ma- » tière purulente mêlée de sang. Ce foyer occupait la face interne du placenta qu'il avait » détaché de ses membranes et sur laquelle se remarquaient les inégalités bourgeonneuses » d'une surface en suppuration ». On pourrait à la rigueur admettre que dans ce cas ce n'est pas le tissu du placenta, mais bien les membranes qui ont fourni le pus; mais une pareille interprétation est impossible dans le cas suivant : en divisant le placenta, il trouva dans un certain nombre de points « tous les caractères de l'hépatisation rouge, » tendant à passer à l'hépatisation grise. Ils étaient en outre parsemés de plusieurs petits » foyers purulents, de grandeur variée, depuis le volume d'un petit pois jusqu'à celui » d'une noisette. Il en compta quatorze. Le pus qu'ils contenaient était épais et lié, sans » mauvaise odeur : il ressemblait assez au pus des tubercules suppurés; mais la cavité dans » laquelle il était renfermé n'avait point de kyste : elle était formée par le simple écar- » tement des fibres de l'organe. »

4° *Ossification du placenta.* Toutes ou presque toutes ont lieu du côté de la face utérine du placenta; on peut en distinguer deux espèces. Dans l'une, c'est une coque osseuse ou plutôt pierreuse, ayant une, deux ou trois lignes d'épaisseur, recouvrant uniformément ou par larges plaques la face utérine du placenta, sans pénétrer dans son épaisseur. Dans l'autre, ce sont des espèces d'aiguilles osseuses qui pénètrent le placenta et le traversent dans tous les sens. Cette sorte de pétrification procède toujours de la face utérine vers la face fœtale. Le siège des premières paraît être dans la membrane fibreuse mince qui recouvre chaque cotylédon. Dans un cas rapporté par le docteur Garin (*Journ. de médec.*, frimaire an x), chaque cotylédon avait sa plaque osseuse : et toutes ces plaques, qui avaient de trois à quatre lignes d'épaisseur, étaient liées aux autres par un tissu fibreux élastique, qui approchait beaucoup de la nature du cartilage. Ce tissu était comme sillonné et formait comme autant d'articulations qui permettaient aisément la sortie du placenta. Chaque plaque osseuse présentait des rayons divergents qui procédaient du centre à la circonférence. La femme qui fait le sujet de cette observation était accouchée heureusement et à terme d'un enfant vivant. Deux concrétions existaient sur la face fœtale en même temps qu'un grand nombre sur la face utérine, dans un cas rapporté par M. Carestia (voy. *Dict. des Sc. méd.*, tom. 42).

Le siège des concrétions par aiguilles ou par petites masses formant gravier est bien

évidemment dans les vaisseaux artériels. Rien de plus fréquent que cette espèce de concrétions. Le placenta, dont la vie ne doit durer que neuf mois, présente souvent cette pétrification sénile, qui n'exerce pas sur la santé et même sur la vie du fœtus une aussi grande influence qu'il le semblerait au premier abord.

5° *Kystes hydatidiformes du placenta.* C'est la plus fréquente des altérations de ce corps spongieux, je crois avoir démontré (I^re^ livr.) que ces kystes ne sont pas des hydatides, mais bien des kystes dont la cavité est traversée par des filaments celluleux, et que ces kystes sont le produit d'une dégénération des vaisseaux.

Apoplexie du placenta. On rencontre quelquefois dans l'épaisseur du placenta déchiré, des foyers de sang en plus ou moins grand nombre et à divers degrés d'ancienneté. Cette altération, quelquefois bornée à un petit nombre de cotylédons ou à un seul cotylédon, s'étend souvent au plus grand nombre et alors l'avortement est inévitable. J'ai pu suivre sur le même placenta et sur des placentas différents, la plupart des transformations que subissent les foyers sanguins placentaires. C'est ce mode d'altération qui fait le sujet de cette planche.

EXPLICATION DES FIGURES.

Les fig. 1 et 1' représentent le placenta d'une femme qui est accouchée à la Maison royale de Santé, le 8 avril 1830, d'un enfant mort depuis quinze jours environ.

La surface utérine du placenta, lisse et blanchâtre dans une assez grande étendue, dénotait l'existence d'un décollement ancien. Il existait dans l'épaisseur du placenta deux foyers sanguins volumineux, d'une date inégale (Fig. 1, fig. 1' F A, F' A').

La fig. 1' donne une idée exacte de la manière dont étaient disposées les différentes couches du sang coagulé et de la coloration de ces couches. Il y a là le double caractère et des foyers apoplectiques et des poches anévrismales.

La fig. 2 représente la coupe d'un autre placenta qui m'a été donnée par M. Deneux. On y voit, comme dans la figure précédente, la succession des changements que présentent les foyers sanguins.

MALADIES DU PLACENTA.

Atrophie d'une portion du placenta, défaut de développement et dessiccation du fœtus correspondant dans un cas de grossesse double.

(PLANCHE VI, VI^e LIVRAISON.)

L'ÉTUDE approfondie des maladies du placenta me paraît devoir jeter un jour tout nouveau sur les vices de conformation et les maladies du fœtus, sur son défaut de développement, sur sa mort, sur le phénomène si fréquent de l'avortement, et même sur la santé de la mère pendant la grossesse; j'ai déjà insisté sur ce sujet à l'occasion des kystes placentaires (*). Depuis lors, je suis à la recherche de placentas malades, et je ferai tous mes efforts pour compléter la série si importante et si négligée des maladies de cet organe.

Le fait suivant, que je dois à l'obligeance de M. Deneux, toujours plein de zèle pour les progrès de l'art des accouchemens, me paraît un exemple remarquable d'atrophie du placenta qui a déterminé le défaut de développement et l'atrophie du fœtus. Ce fait prouve en outre l'indépendance des différentes parties du placenta.

BARBE, âgée de trente-un ans, d'une constitution assez grêle, a eu trois enfans dont elle est accouchée fort heureusement. Devenue grosse une quatrième fois, elle éprouve, après deux mois et demi de retard, une perte utérine précédée d'un violent mal de tête et d'étourdissemens. Cette perte, assez abondante, continue pendant deux mois : les yeux sont caves, cernés; le teint livide; la bouche mauvaise. Au bout de ce temps, expulsion d'un caillot volumineux à la suite de violentes coliques; Dès ce moment, cessation de toute perte et de tout accident pendant sept semaines, après lesquelles, violentes coliques; perte plus considérable que la première fois; les membranes se rompent, un fœtus se présente par les pieds. Cinq minutes après sa sortie, le placenta s'engage, et avec lui un second fœtus incomparablement moins fort que le premier. La malade s'est promptement et parfaitement rétablie.

La figure 1 représente la surface utérine du placenta et les deux fœtus. L'un de ces fœtus a le développement d'un fœtus de six mois; et, en effet, la femme était enceinte de six mois environ. L'autre fœtus a le développement d'un enfant de deux mois et demi à trois mois : il est dans un état de dessiccation qui annonce une mort déjà ancienne; rappelons-nous que la perte datait du troisième mois de la grossesse. Si, d'une autre part, nous examinons le placenta, nous verrons qu'il est divisé en deux portions bien distinctes, l'une saine PS qui répond au cordon ombilical du fœtus sain, l'autre malade PM qui répond au cordon ombilical du fœtus mort depuis long-temps. Mais quelle est cette maladie du placenta? Son tissu est jaunâtre, d'apparence tuberculeuse; il est très-compacte, atrophié; son épaisseur est à peine le quart de celle de la portion saine du placenta; sa surface utérine est comme cicatrisée, et il est évident que depuis long-temps toute adhérence entre elle et la face interne de l'utérus était détruite. Une section pratiquée à la fois et sur la portion malade et sur la portion saine a donné la coupe (fig. 2), qui permet de voir comparativement l'épaisseur de la portion saine PS et celle de la portion malade PM. De très-petits foyers de sang concret se voient çà et là dans cette dernière portion.

(*) Voyez 1^re livraison, Maladies du placenta, pl. 1, 2.

Réflexions. — Il suit de ce fait, 1°. que, dans le cas de grossesse double avec placenta unique, les deux fœtus sont aussi indépendans l'un de l'autre sous le rapport de la nutrition que s'ils avaient deux placentas parfaitement distincts.

2°. Qu'une moitié de placenta peut se décoller indépendamment de l'autre moitié; en sorte que, dans le cas de grossesse simple, un placenta pourrait n'adhérer à l'utérus que par une moitié, un tiers, peut-être un quart de sa surface utérine, et cependant l'enfant venir à terme.

3°. Que par conséquent, dans le cas d'hémorrhagie utérine qui survient dans le cours de la grossesse, il ne faut pas désespérer d'amener la grossesse à bonne fin; car, pourvu qu'il reste assez de cotylédons placentaires adhérens pour entretenir une communication vasculaire suffisant à la vie et au développement du fœtus, les cotylédons décollés s'atrophieront, s'indureront au milieu de cotylédons parfaitement développés : que si l'hémorrhagie se renouvelle plusieurs fois, comme à chaque hémorrhagie un ou plusieurs cotylédons se décollent, on conçoit que les chances de conservation diminuent. Or je ne connais pas de cause plus fréquente de ce décollement que les fluxions sanguines qui se dirigent vers le placenta; d'où résulte l'efficacité de la saignée pour prévenir l'avortement.

4°. De l'indépendance des deux portions du placenta commun aux deux fœtus, nous devons conclure que, dans le cas de grossesse double avec placenta unique, l'hémorrhagie mortelle par le cordon après la sortie d'un des jumeaux, hémorrhagie dont il existe quelques exemples, ne provenait pas de la portion de placenta appartenant au fœtus non encore expulsé, mais bien de la portion de placenta encore adhérente du fœtus expulsé.

5°. En outre, chaque cotylédon est indépendant des cotylédons voisins; aussi il m'est arrivé plusieurs fois de rencontrer sept, huit, dix cotylédons atrophiés çà et là au milieu de cotylédons parfaitement sains. Dernièrement, M. Deneux m'a adressé un placenta provenant d'une femme qui venait d'avorter au cinquième mois de sa grossesse, à la suite de nombreuses hémorrhagies successives. La moitié au moins des cotylédons s'était détachée successivement de l'utérus. Plusieurs cotylédons étaient parsemés de petits foyers apoplectiques, et le sang avait subi dans ces divers foyers les séries de transformation qu'il présente dans les foyers apoplectiques; aussi admets-je une apoplexie du placenta, cause fréquente d'avortement (*).

6°. Enfin l'atrophie du placenta est accompagnée de sa décoloration, de son induration, de son racornissement, de son aspect lobuleux ou tuberculeux, ce qui se conçoit aisément, puisqu'il est réduit à sa charpente fibreuse et vasculaire. Ce sont probablement des cas de cette espèce qu'on a désignés sous le titre de *squirrhes du placenta.*

(*) Voyez Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, Paris, 1829, tome III, art. Apoplexie.

MALADIES DU PLACENTA.

Transformation du Placenta en vésicules hydatidiformes (Kystes séreux en grappes et multiloculaires).

(PLANCHES I ET II, I^re^ LIVRAISON.)

Madame ***, âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis dix mois, brillante de santé, éprouva, après quelques mois de mariage, tous les symptômes d'une grossesse. Au quatrième mois, perte considérable accompagnée de vives douleurs lombaires qui se renouvellent à des époques irrégulières et sans cause connue. Le septième mois, douleurs utérines expultrices; métrorrhagie au milieu de laquelle la malade rend en une seule fois une masse, vésiculaire dans la moitié de sa surface, non vésiculaire dans l'autre moitié, dont la description détaillée et la représentation fidèle m'ont paru propres à jeter quelque jour sur la théorie de ces productions singulières connues sous les noms de *mole hydatique, mole vésiculaire, hydrometra hydatidica, hydatides utérines, acephalocystis racemosa*, etc. (*)

PLANCHE I.

Fig. 1. La figure 1 représente la masse expulsée vue du côté non vésiculeux. Toutes les vésicules agglomérées BBB n'ont en effet apparu qu'après la lacération d'une couche superficielle, que constituait une membrane blanche, rugueuse, mollasse, sans cotylédons, mais ayant d'ailleurs tous les caractères de la surface fœtale du placenta. En un mot, avant la lacération, toute cette surface ressemblait à la surface AAA. Ne seraient-ce pas des cas semblables qui ont fait dire à P. Portal et autres que les hydatides placentaires sont quelquefois enveloppées par une membrane, c'est-à-dire enkystées. Les vésicules BBB se distinguent par leur volume au milieu de cette masse globuleuse, dont les grains sont comme pressés les uns contre les autres et présentent un si grand nombre de différences. La partie supérieure de cette surface CC avait conservé l'aspect spongieux et vasculaire du placenta; mais là aussi, au milieu de concrétions sanguines, dont la densité et la couleur variables décèlaient des époques différentes d'extravasation, se voient des grappes vésiculeuses extrêmement petites, affaissées, sur lesquelles nous allons revenir.

Fig. 2 et 2′. Elles représentent deux grappes vésiculaires détachées de la masse commune. On voit les vésicules tantôt agglomérées autour d'un axe commun, verticillées (D, fig. 2); tantôt disposées à la manière d'une grappe de raisin, alternes, opposées, quelquefois très-rapprochées, d'autres fois séparées par un grand intervalle. On dit généralement que les grappes, comme les vésicules, ne tiennent à la masse que par un seul point; mais on peut s'assurer ici qu'il n'est presque aucune vésicule qui ne présente deux, trois et même quatre, cinq pédicules, en sorte qu'il n'existe pas de grappes vésiculeuses à proprement parler, mais des espèces de réseaux formés par des vésicules liées entre elles au moyen de filamens plus ou moins nombreux; et comme ces filamens sont pour la plupart extrêmement grêles et fragiles, ils se rompent à la plus légère traction : d'où la forme de grappes (*hydatis racemosa*) et leur isolement.

(*) Cette pièce m'a été donnée par M. le docteur Jolly.

Le groupe des petites figures 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, donne une idée exacte des principales formes que ces vésicules et leurs pédicules peuvent revêtir. Généralement ovoïdes, les vésicules peuvent être sphéroïdes (1), cylindroïdes (5, 9), fusiformes (4), triangulaires (13), en forme de cornemuse (14), en forme de calebasse (11), bicornes (6), etc.—Les pédicules varient pour le nombre : il n'y en a qu'un pour les vésicules terminales; plus souvent on en voit deux, trois, quelquefois cinq, six (7). Sous le rapport du volume, ils sont quelquefois aussi déliés que des fils d'araignées (12); d'autres fois, volumineux, creux (1, 2), avec ou sans communication avec la cavité de la vésicule; et, dans le cas de communication, une pression légère exercée sur la vésicule fait refluer le liquide dans le pédicule. Souvent une ou deux vésicules plus petites (10, 12), ou une masse de vésicules plus petites (13), surmontent une vésicule plus considérable.

Le groupe des petites figures 1′, 2′, 3′, 4′, 5′, 6′, 7′, représente des vésicules ouvertes. Si l'on examine avec attention au soleil une vésicule intacte, on voit, à travers la transparence des parois, une disposition réticulée parfaitement indiquée (fig. 2′). Si on l'entame, on trouve que la cavité des vésicules est traversée par un nombre prodigieux de lamelles et de fibres blanches, resplendissantes, qui la divisent en cellules, en une trame aréolaire dont les mailles communiquent toutes entre elles et sont remplies par une sérosité limpide (fig. 1′, 2′, 3′, etc.), quelquefois cependant par une sérosité sanguinolente. Du reste, les dimensions de ces cellules sont extrêmement variables; à mesure que la sérosité s'y accumule, les cellules deviennent plus considérables; enfin arrive un moment où les filamens déchirés viennent s'appliquer contre les parois de la poche (7′) et simuler des ramifications vasculaires. La texture des parois des vésicules est extrêmement résistante, on dirait un tissu fibreux. J'ai vainement cherché à y reconnaître plusieurs feuillets; il n'en existe qu'un seul.

Fig. 3. Si l'on écarte les vésicules représentées figure 1, on arrive bientôt à une membrane transparente; c'est le chorion (C), duquel naissent des vaisseaux qui se renflent, se rétrécissent, se ramifient, s'agglomèrent et se terminent par des granulations. C'est cette disposition que la figure 3 est destinée à indiquer.

Les figures 4, 4′, 4″ sont des grappes de vésicules extrêmement petites, affaissées, extraites de la partie supérieure C*c* de la masse commune (fig. 1); ces grappes, que je ne puis mieux comparer qu'aux grappes de groseilliers en fleurs, naissaient de la surface externe du chorion, se ramifiaient, s'unissaient les unes aux autres par un nombre considérable de filamens d'aspect vasculaire. Ces figures, qui sont frappantes de vérité, représentent : la figure 4, des masses de grappes enveloppées dans des caillots de sang; la figure 4′, des grappes naissant du chorion, et la figure 4″, une très-belle grappe isolée des parties environnantes.

PLANCHE II.

Arrivé au chorion, j'ai entamé avec précaution cette membrane extrêmement ténue; sous elle était l'amnios qui lui adhérait intimement; celle-ci ouverte, je suis parvenu dans une poche énorme : de l'un des bords de l'incision naissait un cordon auquel était appendu un petit corps recourbé sur lui–même, plus volumineux à l'une qu'à l'autre extrémité, présentant quatre tubercules, deux de chaque côté; c'était évidemment un fœtus et son cordon ombilical. La fig. 1re est destinée à donner une idée de la totalité de l'œuf débarrassé d'un grand nombre de grappes hydatidiformes qui en avaient été détachées. Je me suis assuré que le chorion et l'amnios étaient plus intimement unis que de coutume, mais d'ailleurs sains, et conséquemment je ne puis adopter l'opinion d'un estimable auteur, madame Boivin (*), qui croit avoir observé que la môle vésiculaire dépend d'une affection des membranes séreuses de la coque de l'œuf.

La fig. 2 doit être rapprochée de la fig. 3, planche 1re. On doit supposer, par la pensée, les branches rameuses représentées dans celle-ci, interposées ou faisant suite aux troncs de celle-là. On y voit des

(*) Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire. Paris, 1827. In-8°, fig.

cordons blancs renflés en manière de fuseau, souvent interrompus par de grosses vésicules, se ramifiant, s'unissant les uns aux autres, se terminant par des bouquets de petites vésicules aplaties, ovoïdes, irrégulières : tous naissaient du chorion, et allaient se rendre, après un trajet plus ou moins long, plus ou moins oblique, à la croûte blanche placentaire dont j'ai parlé, croûte blanche vasculaire qui allait elle-même être envahie; car déjà plusieurs vésicules faisaient saillie à sa surface.

Réflexions. — La série des figures qui viennent d'être expliquées prouve manifestement : 1°. que les hydatides du placenta ne sont pas une espèce d'entozoaires, à moins qu'on ne veuille aussi donner ce nom aux kystes et à toutes les productions accidentelles, fibreuses ou autres; que c'est sans fondement que Tyson les a regardées comme une espèce particulière de vers, que Goëze en a fait un genre de tænia sous le titre de *tænia vésiculaire*, que M. Hippolyte Cloquet les a regardées comme une espèce d'acéphalocystes; qu'elles consistent essentiellement en des kystes remplis par une trame celluloso-fibreuse, en des kystes multiloculaires; en sorte que, si j'avais à classer les productions organiques dont il s'agit, je les rangerais parmi les kystes séreux, sous le titre de *kystes séreux en grappes et multiloculaires*. Conséquemment les globes vésiculeux que Percy dit avoir vus s'agiter dans sa main, qu'il dit avoir été expulsés par des femmes vierges, n'étaient pas des vésicules de cette espèce; si tant est que le spirituel observateur, d'une part, n'ait pas pris, pour un mouvement propre, le tremblottement qu'éprouve dans la main, par le seul fait du battement des artères, une masse de liquide, et d'une autre part n'ait pas été induit en erreur sur la circonstance de la virginité.

2°. Ces vésicules ou kystes sont le résultat de la tranformation, non des vaisseaux lymphatiques, ainsi que le disent Bidloo et autres, mais bien des vaisseaux sanguins du placenta, manière de voir qui n'est pas nouvelle sans doute, mais qui n'avait pas encore pris, si je puis m'exprimer ainsi, droit de cité dans la science, parce qu'elle avait été donnée comme une opinion, et non pas comme une démonstration; or, la transformation des rameaux vasculaires en vésicules me semble prouvée, autant qu'on peut prouver en anatomie, par le rapprochement des figures 3, 4, 4′, 4″, pl. 1; fig. 2, pl. II, qui nous permettent de suivre le développement des vésicules depuis le premier moment de leur apparition, jusqu'à leur complet développement.

Cette démonstration, Ruysch l'avait déjà donnée dans la fig. 5 de son Thes. anatom. VI, tab. V, que j'ai cru devoir reproduire dans la deuxième planche (*). Cette même démonstration, Albinus l'avait encore donnée, mais moins complète peut-être (**), dans une figure que j'ai également reproduite (pl. II, fig. 4). Cette figure représente un œuf humain rendu par l'avortement. Au chorion *a* sont comme suspendus des rameaux *bbb*, libres en partie, isolés les uns des autres, ici plus dilatés, là plus resserrés, commençant à dégénérer en hydatides, et même quelques-uns d'entre eux se terminant par des vésicules. *a* est la surface intacte de l'enveloppe de l'œuf : on y voit une foule de petites ouvertures. *Trunci ramique, per intervalla contractiores sunt, mediisque locis capaciores, tanquam si inciperent in hydatides degenerare : quin vesiculæ aliquot insunt veræ in fine ramorum.* Enfin, cette même démonstration, je la trouve dans une très-belle planche de Gregorini (***), où l'on voit la transformation vésiculeuse dans toutes ses périodes : je ne parle point de la couleur rougeâtre du liquide contenu dans les vésicules, couleur que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, parce qu'elle me paraît le résultat d'une transsudation cadavérique; je passe encore sous silence les injections, heureuses dit-on, faites par

(*) Voici le texte de Ruysch : Phiala in liquore continens placentulam humanam cum annexo sanguine coagulato quæ degenerat in majorem et magis luculentam mutationem, nempè in hydatides. Not. 1°. In hâc placentulâ, quod illi multùm sanguinis adhæreat. 2°. Extremitates vasorum sanguineorum variis locis rudimentum hydatidum repræsentant, et sic in extremitatibus videmus annexos varios globulos minutissimos ceu arenulas. P. 70, n° CIII.

(**) Annot. acad., lib. I, cap. XVIII, pl. III.

(***) De hydrope uteri et de hydatidibus, etc. Halæ, 1795.

Wirsberg et Gregorini, qui auraient vu quelques vésicules se remplir de la matière à injection poussée dans les vaisseaux, parce qu'il est de toute évidence que de semblables injections ne peuvent pas réussir sans rupture.

Il paraîtrait même que dans l'état normal il existe, à une certaine époque de la gestation, des vésicules dans le placenta. M. Désormeaux (*) « a reconnu sur des fœtus d'un mois, six se-» maines, que l'extrémité d'une infinité de ramuscules latéraux présente un renflement subit, » arrondi ou ovalaire, qui offre l'apparence d'une vésicule; que ces renflemens existent aussi » en grand nombre sur la continuité de ces ramuscules, de sorte que ces rameaux vasculaires » présentent l'aspect d'une grappe de groseilles, ou, pour mieux dire, d'une des grappes de » vésicules dont l'ensemble constitue la mole hydatique. »

M. Velpeau (**) pense que les filamens veloutés du chorion ne sont nullement vasculaires; il a vu qu'ils étaient terminés par une extrémité renflée en manière de petit ganglion; que ces filamens s'allongent et se renflent, après quoi les espèces de bulbes qui les terminent disparaissent; mais quelquefois ils persistent et augmentent de volume. Ce développement anormal des grains gangliformes qui recouvrent le chorion a conduit M. Velpeau à penser que les hydatides en grappes de l'utérus ne reconnaissent pas d'autre cause; on voit que ces grains gangliformes, qui disparaissent à une certaine époque, et qui, par leur persistance et leur développement, formeraient des hydatides; que ces filamens, qui ne sont pas vasculaires, constituent une manière de voir qui diffère à beaucoup d'égards de celle que nous venons d'établir.

3°. Quel est le mode de production des vésicules placentaires?

Ruysch avait abordé cette question, et son opinion est remarquable. Il pensait qu'elles étaient formées aux dépens du tissu cellulaire qui unit entre elles les tuniques vasculaires; que, par l'effet de l'accumulation de la sérosité dans l'épaisseur des parois, la cavité du vaisseau s'efface et s'oblitère (***). Les valvules dont sont pourvus les vaisseaux lymphatiques servaient merveilleusement l'opinion de Bidlooet, de Vallisnieri, qui plaçaient le siége des vésicules dans cet ordre de vaisseaux. Par l'effet d'une cause quelconque, la circulation était interceptée, les valvules devenaient adhérentes par leur bord libre, les parties intermédiaires étaient dilatées en vésicules, et les mouvemens, les tractions allongeaient les espèces de pédicules qui les séparaient. Indépendamment des argumens irrésistibles opposés à cette opinion par de Haen et Haller, elle ne présente qu'une petite difficulté, c'est qu'on n'a pas encore démontré de vaisseaux lymphatiques dans le placenta. En appliquant cette doctrine aux vaisseaux sanguins, ainsi que l'a fait Reuss, on conçoit qu'il ne suffirait pas d'admettre l'oblitération des vaisseaux de distance en distance pour se rendre compte de la formation des vésicules; car nous voyons tous les jours que l'interception du cours du sang, soit dans les veines, soit dans les artères, a pour résultat leur obturation complète. Il faut donc reconnaître pour cause de la transformation vésiculeuse une altération dans les parois vasculaires qui les ramène au type celluleux : ou plutôt contentons-nous de l'exposition pure et simple de la chose, et donnons comme un fait positif que les vaisseaux sanguins du placenta se transforment en vésicules réunies au moyen de filamens, en général grêles et pleins, quelquefois creusés d'un petit canal qui communique avec les vésicules voisines.

4°. La transformation vésiculeuse du placenta paraît une cause constante d'avortement, et une cause certainement plus fréquente qu'on ne se l'imagine. En examinant plusieurs œufs expulsés à diverses époques de la grossesse, j'ai reconnu, dans un certain nombre de vésicules développées dans l'épaisseur du placenta, lesquelles avaient échappé à une observation superficielle, la cause probable de l'avortement. Ces cas, de même que celui que je viens de

(*) Dict. de méd., *OEuf*, page 386.

(**) Revue médic., sept. 1827, p. 508.

(***) Scilicet inter vasorum sanguineorum tunicas reperitur, et tunica cellulosa cujus cellulæ in statu præternaturali si repleantur latice aquoso, cavitas vasorum ità premitur ut nihil cavitatis supermaneat, et sic obliterantur non solum minora verum etiam majora vasa.

décrire, prouvent manifestement que tout le temps que les vésicules placentaires sont en petit nombre et développées dans l'épaisseur de la masse, tant qu'il existe une croûte placentaire intacte pour établir les adhérences, la présence de cette transformation n'est annoncée par aucun accident; mais aussitôt que la couche placentaire la plus superficielle est envahie, soit par le développement des vésicules déjà existantes, soit par la transformation de cette couche elle-même, alors surviennent des hémorrhagies qui, plus tôt ou plus tard, entraînent l'avortement: si l'avortement se fait à la première hémorrhagie, et pour ainsi dire au début de la transformation, souvent on ne trouve que quelques vésicules; s'il se fait au contraire long-temps après le début, on trouve un nombre très-considérable de vésicules. J'ai eu occasion d'observer deux grossesses hydatiques dans ma pratique particulière. Dans les deux cas, des pertes irrégulières se sont manifestées vers le milieu du quatrième mois; l'avortement a eu lieu du septième au huitième, précédé et accompagné de phénomènes sympathiques généraux beaucoup plus intenses que dans les accouchemens ordinaires, de douleurs peu expultrices, tellement que dans l'un de ces cas, au bout de quatre jours de douleurs très-vives, aucun travail ne s'étant déclaré, des syncopes survenant à chaque instant, je fus obligé d'opérer la dilatation avec l'index, et quelques heures après une masse vésiculeuse fut expulsée. Dans ce même cas, des accidens inflammatoires du côté de la fosse iliaque gauche avaient précédé et suivirent le part hydatique dont les suites furent excessivement graves. Une petite partie du placenta avait seule subi la transformation vésiculeuse, tandis que dans l'autre cas la totalité du placenta était convertie en une masse de vésicules qui sortit en plusieurs fois et remplit un grand bassin. Serait-il possible qu'un seul, que deux ou trois cotylédons éprouvassent cette singulière altération, qu'alors la grossesse parcourût ses périodes accoutumées et que l'enfant vînt au monde vivant et convenablement développé? Cette opinion n'a rien qui répugne aux lois d'une saine physiologie. L'analyse attentive de la plupart des observations consignées dans les annales de l'art prouve que l'altération existait à différens degrés dans la masse placentaire : donc elle s'était déclarée successivement dans ses diverses parties; donc la cause inconnue qui l'a produite pouvait s'épuiser dans les premiers cotylédons.

5°. La transformation vésiculeuse du placenta entraîne-t-elle le plus souvent la destruction du fœtus? Je n'ai pas trouvé de fœtus dans les deux cas que je viens de mentionner; mais cela ne prouve nullement qu'il n'en existait pas; l'observation n'a peut-être pas été assez attentive. Je ne doute pas que la mort de l'enfant ne doive être constamment le résultat de l'interception presque complète de ses matériaux nutritifs. Si elle est incomplète, il en résulte seulement un arrêt dans le développement : et dans le cas actuel, bien qu'il soit probable que madame *** fût enceinte de sept mois, le fœtus figuré planche II représente un fœtus de cinq à six semaines.

6°. Les maladies du placenta sont une cause d'avortement bien plus fréquente qu'on ne se l'imagine. Jusqu'à ce jour les accoucheurs se sont peu occupés de cet important objet. J'ai eu occasion de donner mes soins à plusieurs femmes qui, parvenues à diverses époques de leur grossesse, éprouvaient un mouvement fébrile continuel avec redoublement le soir, précédé ou non de frisson; un dépérissement rapide, un état assez analogue à la fièvre dite de résorption; j'en ai vu qu'on accusait de phthisie pulmonaire. J'explorais inutilement tous les organes, je n'y découvrais aucun point de départ de la maladie; les malades avortaient ou bien arrivaient au terme de leur grossesse. L'enfant venait mort, et l'examen du placenta m'a fait découvrir, quatre fois au moins, une suppuration abondante, des fausses membranes, entre le chorion et l'amnios, au niveau et surtout à la circonférence du placenta : le tissu du placenta lui-même était plus dense, beaucoup moins vasculaire, comme racorni, comme infiltré de pus concret. Débarrassées de cette cause d'infection purulente, les malades se rétablissaient avec la plus grande promptitude. Instruit par l'expérience, j'ai pu tout récemment, dans un cas obscur, porter un diagnostic qui paraissait bien hasardé aux praticiens étrangers à de semblables faits, mais que l'événement a complètement justifié.

Qui n'a vu des ossifications, des pétrifications du placenta? Lorsqu'elles sont disséminées,

rares, lorsqu'elles arrivent à une époque avancée de la grossesse, il n'en résulte aucun inconvénient : mais si cette caducité du placenta (qu'on me pardonne cette expression) est précoce, alors les sucs nourriciers sont interceptés, l'enfant vient débile et même quelquefois mort. Il y a ou il n'y a pas avortement. Du reste, cette pétrification a toujours son siége dans les petits vaisseaux, et présente tous les caractères de la pétrification des capillaires artériels, cause si fréquente de gangrène spontanée ou sénile. Dans le cas de pétrification du placenta, c'est l'atrophie d'abord, puis la mort avec dessiccation du fœtus qui remplacent la gangrène.

Il y a quelques jours, M. Deneux m'a montré un placenta dont la moitié, les deux tiers peut-être, des cotylédons étaient imperméables du côté de la face utérine; ils étaient blancs et compactes dans les trois quarts de leur épaisseur. Il était aisé de voir que ce changement de couleur et cette densité étaient dus à du sang concret, décoloré, et en partie résorbé, contenu dans les cellules du placenta. L'enfant est venu mort, bien que le travail eût été très-naturel. Je ne pense pas qu'une hémorrhagie moyenne, qui dans ce cas fut la suite de l'insertion du bord du placenta sur le col utérin, puisse être regardée comme cause de la mort.

Les maladies du placenta méritent d'autant plus de nous occuper, que cet organe est un tissu de nouvelle formation, une fausse membrane organisée qui offre le type des organisations accidentelles, des tissus parasites formés aux dépens des produits de sécrétion; c'est un organe nouveau, dont l'existence ne doit durer que neuf mois, qui, pendant ce court intervalle, doit remplir des usages relatifs à la nutrition et à l'hématose; organe qui, réduit à l'élément vasculaire, présente une organisation aussi peu compliqnée que possible, et dont les altérations sont par conséquent susceptibles d'une interprétation facile.

MALADIES DE LA PROSTATE.

Prostate hypertrophiée et bilobée.

(PLANCHE II, XXII^e LIVRAISON.)

La prostate représentée pl. II, XXII^e livr. (1), appartenait à un homme qui vint mourir à l'hôpital Beaujon, où on ne l'observa que 24 heures; il eut besoin d'être sondé, ce qui fut fait avec la plus grande facilité.

La fig. 3 représente la vessie et la prostate non ouvertes et vues de profil : leurs rapports avec la symphyse du pubis ont été conservés.

La fig. 2 représente la prostrate, la vessie et les vésicules séminales vues par leur face inférieure. La prostate offrait une dépression médiane antéro-postérieure, dépression qui était la trace de la disposition bilobée de la prostate. Sur l'une et sur l'autre figure, on voit que les uretères V sont dilatés. — Voici, du reste, quelles étaient les dimensions de la prostate : hauteur, 2 pouces; diamètre antéro-postérieur, 2 pouces; diamètre transverse, 2 pouces 9 lignes.

La fig. 1 représente le canal de l'urètre et la vessie ouverts par leur face supérieure. La symphyse a été divisée, et les deux pubis renversés, l'un à droite, l'autre à gauche.

Cette coupe permet de voir que la prostate P est composée de deux lobes inégaux en volume, l'un, droit, plus petit, l'autre, gauche, plus considérable, lobes parfaitement indépendans l'un de l'autre, et unis en haut et en bas à l'aide d'une membrane épaisse; il n'y avait aucune trace de cette portion médiane de la prostate qu'on appelle improprement lobe moyen.

Les deux lobes interceptaient une cavité ou plutôt un ventricule ayant beaucoup d'analogie avec le ventricule moyen du cerveau : la hauteur de ce ventricule était celle de la prostate, 2 pouces; son diamètre antéro-postérieur était comme celui de la prostate, de 2 pouces; sa cavité pouvait admettre quelques cuillerées de liquide. Le fond ou la paroi inférieure de cette espèce de ventricule décrivait une courbe à concavité supérieure. Cette paroi inférieure était parcourue par une crête antéro-postérieure, bifurquée à son extrémité postérieure et à son extrémité antérieure; cette crête, c'était le veru-montanum.

Le ventricule prostatique constituait une cavité intermédiaire à la vessie et au reste du canal de l'urètre.

Il résultait de la courbe à concavité supérieure décrite par la paroi inférieure du ventricule prostatique, que la sonde, avant de pénétrer dans l'intérieur de la vessie, avait à parcourir un arc de cercle appartenant à une courbe d'un petit diamètre, d'où la difficulté du cathétérisme, d'où la fausse route FR, fausse route qui passait comme sous un pont formé par le sphincter vésical et par le trigone, et qui venait sortir derrière le bord postérieur du trigone au fond d'une excavation EXC (2). Cette fausse route était d'ailleurs complètement cicatrisée. Le trigone était remarquable par la saillie de la colonne charnue étendue de l'un à l'autre orifice de l'uretère OU, OU, et par la saillie plus considérable encore du sphincter, dont la moitié inférieure constituait une sorte de valvule semi-lunaire à concavité supérieure. Les orifices des uretères sont extrêmement rétrécies et comme capillaires.

La vessie hypertrophiée et rétrécie présentait des colonnes charnues qui interceptaient ici des aréoles, là de petits kystes à étroit orifice. On voit les fibres charnues de la vessie se prolonger autour de la prostate et venir se terminer sur la portion membraneuse du canal de l'urètre. En outre, une couche mince de fibres musculaires comme rayonnantes, faisant suite aux fibres musculaires de la vessie, se prolongeait entre la muqueuse urétrale et la surface interne du canal prostatique.

La fig. 4 représente une coupe verticale de la prostate faite transversalement; on voit sur cette coupe 1° l'inégalité des deux lobes de la prostate; 2° le moyen d'union de ces deux lobes à l'aide d'un tissu membraneux et musculeux et qui permettait à ces deux lobes de jouer l'un sur l'autre; 3° l'orifice FR de la fausse route; 4° la structure de la prostate, qui résulte de l'agglomération de grains glanduleux inégalement hypertrophiés : l'un de ces grains glanduleux, qui appartenait au lobe gauche CPG, est d'un volume extrême-

(1) La pièce m'a été donnée par MM. Lenoir et Marjolin fils.

(2) J'ai dit ailleurs (*Anat. descript.*) que, chez un certain nombre de sujets, il existe derrière le trigone une excavation ou cul-de-sac qui se prolonge d'arrière en avant au-dessous de ce trigone, et qui atteint quelquefois le sphincter de la vessie.

ment considérable. Tous ces grains glanduleux sont pénétrés d'un suc visqueux brun-jaunâtre qui suinte, comme d'une éponge, de tous les points de la surface de la section. Les canaux prostatiques très dilatés se voyaient sur les divers points de la coupe; ils peuvent être suivis par la dissection, grâce à leur développement ou plutôt au suc visqueux qui les remplit à la manière d'une injection.

Les grains glanduleux sont séparés par des couches musculaires extrêmement prononcées, qui font suite aux fibres musculaires de la vessie. Il résulte de cette disposition que les fibres musculaires de la vessie, non-seulement forment une couche extérieure et intérieure à la prostate, mais encore qu'elles pénètrent le tissu de cet organe, et par conséquent exercent sur chaque grain glanduleux une compression infiniment favorable à l'excrétion du suc qu'ils contiennent. Il serait curieux d'étudier la corrélation qui existe entre l'hypertrophie de la vessie et l'hypertrophie de la prostrate; il est probable que, dans un certain nombre de cas, on rencontrera l'hypertrophie des fibres musculaires prostatiques coexistant avec l'atrophie des grains glanduleux de cet organe.

Ce fait tend à confirmer les idées que j'ai émises ailleurs (voyez XVII^e^ livraison) sur le traitement des rétentions d'urine par hypertrophie de la prostate, traitement qui consiste à convertir en méthode un fait considéré comme un accident et comme le résultat d'une mauvaise pratique, je veux parler d'une fausse route. Cette méthode, qu'on pourrait appeler *ponction de la vessie à travers la prostate*, me paraît bien préférable à la ponction de la vessie par le pubis, bien que cette dernière ponction n'ait pas, à beaucoup près, la gravité qu'on lui attribue généralement. Mais pour que cette méthode présente les avantages qu'on a droit d'en attendre, il convient de la soumettre à un certain nombre de règles. Ainsi, le point fondamental consiste à faire en sorte que l'extrémité de la sonde ne laboure en dehors des voies naturelles de la vessie que le moins d'espace possible. Lorsque la rétention d'urine tient à l'hypertrophie du lobe médian, il suffit quelquefois de traverser le pédicule de ce lobe médian ou la traverse musculeuse qui le supporte, pour arriver dans la vessie; il convient d'ailleurs de ne dépasser, dans aucun cas, le trigone vésical; or, on atteindra ce but, on arrivera nécessairement et aussi promptement que possible dans la vessie, en imprimant à la sonde un mouvement de bascule beaucoup plus considérable que pour le cathétérisme ordinaire; mouvement de bascule par lequel l'extrémité vésicale de la sonde décrit un arc de cercle à très petit diamètre, qui la ramène brusquement en haut.

L'indépendance réciproque des grains glanduleux de la prostate explique peut-être les différences de disposition que présente cette glande. Il importe, en effet, fort peu pour la sécrétion prostatique que tel groupe de grains glanduleux soit en haut, soit en bas ou bien de côté : je suis d'ailleurs persuadé qu'une compression exercée sur la prostate dans tel ou tel sens pourrait, en déplaçant les granulations, concourir aux changemens de forme que présente cette glande. Sous ce rapport, le dépresseur de M. Leroy d'Étiolles me paraîtrait très rationnel si son action pouvait être plus long-temps continuée. Je ne puis d'ailleurs m'expliquer autrement que par le déplacement permanent des grains glanduleux la guérison permanente obtenue par l'emploi de la sonde à demeure dans des cas d'hypertrophie de la prostate. J'ai donné mes soins à un malade qui a été guéri au bout de 8 mois de l'emploi de la sonde, et chez lequel la guérison s'est maintenue depuis quatre ans. Sous ce rapport, la sonde à demeure ne saurait être remplacée par la sonde temporaire. Je connais des malades soumis à la sonde temporaire depuis plusieurs années, et qui ne sont pas plus avancés que le premier jour, et pourtant la vessie jouit de toute sa contractilité, le canal de l'urètre de toute sa liberté; et, d'une autre part, l'hypertrophie de la prostate est évidemment le seul obstacle à l'excrétion de l'urine.

MALADIES DE LA PROSTATE.

(PLANCHE V, XXVI^e LIVRAISON.)

Prostate divisée en lobules proéminens dans la vessie et dans le canal de l'urètre. — Incontinence d'urine suivie de rétention. — Calcul mûral. — Hypertrophie de la vessie. (1)

Un vieillard de 70 ans, entra le 20 octobre 1834, dans les salles de chirurgie de l'hospice de Bicêtre pour y être traité d'une rétention d'urine. Cette rétention avait succédé à une incontinence habituelle, sur l'origine de laquelle le malade n'a donné aucun renseignement. On lui mit, sans la moindre difficulté, une sonde à demeure qui fut maintenue pendant quinze jours. Au bout de ce temps on la retira; car on s'aperçut que l'urine s'écoulait entre la sonde et le canal, lors même que le bec de la sonde était sorti de la vessie. L'incontinence reparut.

Cependant l'état général du malade s'altéra : perte de l'appétit; diminution des forces, et bientôt état adynamique très prononcé. Tous les matins on sondait ce malade, et à chaque fois on évacuait une très petite quantité d'urine purulente excessivement fétide. La sonde d'argent était retirée fortement noircie près de son bec, et en outre teinte de sang, quelque précaution que l'on mît à le sonder, et bien qu'on n'éprouvât jamais la moindre difficulté.

Le 10 novembre, il se manifeste à l'union du scrotum avec la verge une tuméfaction qu'à sa couleur livide on présume être produite par un abcès urineux : une pression exercée sur cette tumeur détermina en effet l'écoulement par l'urètre d'une assez grande quantité de pus. La mort eut lieu le 14 novembre.

Ouverture du cadavre. — La vessie contenait une petite quantité d'urine purulente et un calcul mûral gros comme une forte noix. Sa capacité (fig. 1 et 3) était beaucoup plus considérable qu'elle n'a coutume de l'être en pareil cas.

Ses parois étaient considérablement hypertrophiées (fig. 1 et 3). L'hypertrophie n'avait nullement porté sur la tunique muqueuse, qui avait sa ténuité accoutumée, mais bien sur la tunique musculeuse, laquelle formait une couche épaisse CM, et sur la couche graisseuse CG, qui formait une couche épaisse intermédiaire au péritoine et à la tunique musculeuse. Une pseudo-membrane mamelonnée tapissait la surface interne de la vessie dans toute son étendue.

Mais les particularités les plus remarquables se voient du côté du col de la vessie.

La fig. 1 représente la vessie ouverte, le trigone vésical TRV, les orifices des uretères, deux tumeurs considérables naissant du col de la vessie et proéminant dans la cavité de cet organe. TS est la tumeur supérieure, TI la tumeur inférieure : celle-ci est beaucoup plus considérable. Entre ces deux tumeurs est l'orifice vésical de l'urètre OU, qui a l'aspect d'une fente transversalement dirigée. TD, TG sont deux très petites tumeurs, situées l'une à droite, l'autre à gauche de cet orifice.

La fig. 2 représente la vessie renversée, et par conséquent la surface interne de la vessie SIV et les tumeurs TS, TI, TD vues de profil. On voit que les tumeurs TS et TI sont proéminentes dans la vessie et interceptent une sorte de museau de tanche.

La fig. 3 représente la vessie et le canal de l'urètre ouverts par leur face supérieure et sur la ligne médiane.

Indépendamment de l'hypertrophie de la vessie, de l'épaisseur si considérable de la couche musculeuse et de la couche graisseuse, de la saillie des colonnes charnues et des petites poches ou cellules qu'elles interceptent, on voit parfaitement sur cette figure la disposition lobuleuse de la prostate, les lobules TS, TI, ce dernier faisant suite au verumontanum VM qui est très développé, les lobules TD, TG dont l'extrémité libre avait été entrevue à l'orifice de la vessie; les sillons qui les séparent.

La prostate formait un cylindre complet autour du canal de l'urètre. Et même, par une disposition bien peu fréquente, la prostate manquait en partie à la moitié inférieure de ce canal, ou plutôt elle était remplacée par les lobules décrits, tandis qu'elle était très épaisse autour de la moitié supérieure du canal PP.

(1) Observation et pièce pathologique communiquées à la Société anatomique par M. Mercier, interne, à Bicêtre, dans le service de M. Murat.

Quant aux autres détails de l'autopsie, le tissu propre des reins était sain. La surface interne des calices était livide et tapissée par une couche purulente. Les testicules étaient sains, à l'exception de la tête de l'épididyme de l'un d'eux, où l'on trouvait un petit kyste purulent.

Les vésicules séminales étaient distendues par une matière purulente : la paroi inférieure du canal de l'urètre présentait une perte de substance assez considérable au niveau de la partie antérieure du scrotum, juste au niveau du ligament supérieur de la verge.

Réflexions. — 1° L'hypertrophie de la membrane musculeuse de la vessie, jointe à la capacité de ce réservoir, me paraît établir que l'incontinence d'urine dont ce malade était depuis long-temps affecté, n'était autre chose qu'une rétention d'urine avec regorgement. Je ferai remarquer l'hypertrophie de la couche graisseuse sous-péritonéale qui semble établir que la vessie était restée pendant long-temps immobile, laissant échapper l'urine à mesure qu'elle la recevait et dans la même proportion.

2° L'existence d'un calcul urinaire ou de plusieurs calculs dans les maladies de la prostate est un fait très fréquemment observé, et mérite d'entrer en ligne de compte dans les diverses méthodes de traitement de ces maladies : il faut savoir aussi que, dans ce cas, les calculs échappent souvent à la sonde exploratrice, laquelle est éloignée du bas-fond de la vessie, siège ordinaire des calculs, par les lobules qui occupent presque toujours la partie inférieure de l'orifice vésical de l'urètre. Cependant une sonde fortement courbée près de son bec de manière à former une sorte de coude, telles que celles imaginées par MM. Leroy et Mercier pour l'exploration de ces lobules, permettrait aisément de reconnaître leur présence. Il suffit de diriger la concavité de l'instrument en bas et en arrière. Le lobule est embrassé dans cette concavité, et le bec de la sonde va frapper contre tous les corps étrangers situés derrière lui.

3° La disposition lobuleuse de la prostate, les sillons qui séparent ces lobules expliquent la rétention d'urine et l'incontinence lorsque, par suite de cette rétention, les lobules proéminens dans l'intérieur de la vessie étaient écartés les uns des autres, la facilité du cathétérisme, le bec de la sonde suivant les sillons de séparation des lobules et ne venant pas butter contre la soupape unique que forme si souvent le lobe moyen prostatique hypertrophié.

4° La moitié inférieure de la prostate était divisée en lobules inégaux : c'était une sorte de décomposition de la prostate; il n'y avait donc pas absence de la moitié inférieure de la prostate, mais bien séparation de ses lobules et proéminence de ces lobules dans l'intérieur de la vessie. Quant à la présence d'une couche prostatique épaisse autour de la moitié supérieure du canal de l'urètre, c'est un fait constaté par un certain nombre d'observations. Il ne serait pas impossible que l'hypertrophie des lobules de la partie inférieure fit, en quelque sorte, refluer vers la moitié supérieure une partie des grains glanduleux de la moitié inférieure de la circonférence.

J'ai pu constater, sur ce cas comme sur un grand nombre d'autres, que la prostate est contenue entre deux plans musculeux, prolongemens du plan musculeux de la vessie, l'un externe très épais, l'autre interne très mince, ce dernier intermédiaire à la membrane muqueuse et au tissu propre de la prostate; qu'en outre, la prostate est elle-même traversée par des fibres musculaires qui sont encore le prolongement de la couche musculaire de la vessie. L'épaisseur de la couche musculeuse prostatique externe et la ténuité de la couche musculeuse prostatique interne expliquent pourquoi, dans l'hypertrophie de la prostate, les lobules proéminent constamment à l'intérieur de la vessie et jamais à l'extérieur de cet organe.

Les hypertrophies de la prostate se divisent en hypertrophies générales et en hypertrophies partielles ou lobulaires : celles-ci peuvent coexister avec l'atrophie des autres parties de la prostate.

L'absence de prostate autour de la moitié inférieure du canal de l'urètre, et par consé-

quent dans l'épaisseur de la cloison urétro-rectale, pourrait avoir des conséquences graves dans l'opération de la taille latéralisée; car c'est par la résistance de la prostate qu'est limitée la déchirure qu'entraîne la sortie des calculs volumineux.

5° Quant à la destruction des parois de l'urètre et à l'infiltration urineuse, qui en a été la conséquence, elle est un effet de la présence d'une sonde dans le canal. La perforation avait lieu au niveau de la concavité de la seconde courbure de l'urètre, et pourtant c'était une sonde de gomme élastique.

6° Un fait clinique assez important, c'est que je n'ai pas encore vu l'hypertrophie partielle ou complète de la prostate coïncider avec le rétrécissement du canal de l'urètre. Il y a même plus : le rétrécissement de la partie membraneuse du canal de l'urètre est presque toujours accompagné d'une atrophie plus ou moins complète de la prostate, et cette atrophie est souvent la suite d'une inflammation chronique de cet organe. Les deux faits suivans viennent à l'appui de cette proposition.

Atrophie de la prostate convertie en une poche biloculaire. — Rétrécissement fibreux du canal de l'urètre.

Sur un sujet, j'ai trouvé un rétrécissement du canal de l'urètre occupant le bulbe et la partie attenante de la portion membraneuse. Ce rétrécissement était fibreux et avait de 8 à 9 lignes d'étendue. Au centre du rétrécissement, la transformation fibreuse avait lieu et aux dépens de la membrane muqueuse et aux dépens du tissu spongieux de l'urètre; aux limites, elle n'avait envahi que la muqueuse, le tissu spongieux avait été respecté. Le rétrécissement et la partie voisine du canal de l'urètre représentaient deux cônes adossés par leur sommet. La portion du canal qui était intermédiaire à la vessie et au rétrécissement était notablement dilatée. Le verumontanum était très développé et présentait un renflement considérable, duquel partaient de petites brides qui allaient, d'une autre part, se rendre en divergeant au col de la vessie. Si on comprimait la portion prostatique du canal, on faisait suinter par les ouvertures du verumontanum, non moins que par d'autres ouvertures situées sur tous les points de la circonférence du canal, une certaine quantité de matière purulente.

La prostate, volumineuse en apparence, était convertie en une poche purulente divisée en deux parties par une cloison incomplète : cette poche était traversée par une multitude de petites colonnes qui s'entrecroisaient et qui étaient probablement et les vaisseaux et les conduits excréteurs de cet organe glanduleux. Cette poche se vidait dans le canal de l'urètre par les orifices des conduits éjaculateurs et par plusieurs des orifices des conduits prostatiques situés de chaque côté du verumontanum.

La vessie était petite, considérablement hypertrophiée. Ses parois avaient de 4 à 5 lignes d'épaisseur. Le trigone était constitué par une sorte de croissant à concavité postérieure. Derrière ce trigone, la vessie formait un cul-de-sac assez profond. La vessie était à colonnes et à cellules : aucune des cellules ne contenait de calculs.

Dans le cas suivant, que je dois à l'obligeance de M. Michon, derrière la stricture urétrale, la prostate était convertie en une poche, espèce de vessie supplémentaire communiquant avec le canal de l'urètre par une large ouverture : cette poche contenait un calcul urinaire de phosphate ammoniaco-magnésien.

Prostate convertie en un kyste rempli par un calcul urinaire.

Un malade entre à l'hôpital pour une rétention d'urine : ce liquide suinte goutte à goutte. Le malade fait remonter la rétention d'urine à plusieurs années, et la rapporte à une chute sur le périnée. Le cathétérisme est impossible. On hésite si l'on pratiquera la ponction hypogastrique; mais on s'en abstient parce qu'on ne sent pas la vessie au-dessus du pubis. La percussion de l'hypogastre donne un son intestinal. Frisson, hoquets; mort.

Ouverture du cadavre. — Vessie peu développée, à parois très épaisses; gangrène de la paroi postérieure de cet organe, à l'exception du péritoine, qui avait été respecté; un calcul blanc proéminait dans le canal de l'urètre immédiatement au-devant de l'orifice vésical. Ce calcul occupait une poche subjacente à la vessie. Cette poche était formée par la prostate, qui avait perdu tous ses attributs de glande pour revêtir

ceux d'un kyste à parois fort épaisses. Le canal de l'urètre était interrompu par un rétrécissement qui occupait le niveau de la symphyse du pubis, et par conséquent la partie membraneuse de ce canal. Il nous fut impossible de découvrir, à l'aide d'un stylet, le pertuis par lequel l'urine suintait goutte à goutte du vivant du malade. A ce niveau, le canal de l'urètre était transformé en un cordon fibreux extrêmement dense. Par suite de la rétention d'urine, les deux uretères, surtout celui du côté droit, étaient très dilatés et flexueux; le bassinet et les calices étaient également très distendus et la substance des reins atrophiée.

Le corps du testicule droit présente des tubercules disséminés au milieu d'un tissu sain. L'épididyme est infiltré de matière tuberculeuse à tel point que son tissu est méconnaissable. Un abcès occupait la tête de cet organe.

Réflexions. — Ainsi, rétrécissement de la partie membraneuse du canal de l'urètre; rétention d'urine; calcul qui s'est creusé une poche aux dépens de la prostate. L'introduction du doigt dans le rectum aurait fait diagnostiquer une tumeur qu'on aurait prise pour la prostate engorgée. S'il eût été possible de diagnostiquer la présence du calcul, rien de plus facile que d'en faire l'extraction par le rectum.

La dilatation du rectum, l'hypertrophie de la vessie, l'atrophie des reins, l'état tuberculeux du testicule, sont probablement la suite d'une même cause, le rétrécissement du canal de l'urètre.

MALADIES DE LA VESSIE ET DE LA PROSTATE.

(PLANCHE I, XXX^{e} LIVRAISON.)

Fig. 1 et 1'. *Maladies de la prostate.*

Les figures I et I' représentent une de ces lésions si fréquentes, connues depuis sir Everard Home sous le titre de *développement du lobe moyen de la prostate.*

La tumeur lobuleuse LMP, proéminente dans la vessie, devait rendre l'émission des urines bien difficile, et l'épaisseur des parois de la vessie, les cellules C,C,C qu'elle présente, attestent que cet organe avait eu souvent à lutter contre l'obstacle qui obturait son col : n'ayant pu obtenir aucun renseignement sur le sujet de cette observation, il m'est impossible de dire s'il a éprouvé autre chose qu'une grande difficulté dans l'émission de l'urine et, s'il y a eu rétention d'urine proprement dite. Je serais porté à croire que la rétention d'urine n'a pas été complète, et je me fonde sur ce que la tumeur, naissant par une large base, ne pouvait par conséquent faire soupape, et dans les contractions de la vessie s'appliquer contre l'orifice vésical et le fermer hermétiquement. Ce n'est pas toujours sur le volume de la tumeur qu'il faut mesurer l'obstacle à l'émission des urines ; j'ai vu de très petites tumeurs mobiles occasioner des rétentions d'urine qui nécessitaient l'usage habituel de la sonde, tandis que de volumineuses tumeurs étaient pour ainsi dire inaperçues.

La tumeur prostatique, de l'extrémité antérieure de laquelle part en avant le veru montanum bifurqué VM, n'est pas formée par une simple hypertrophie circonscrite de cette glande ; il y a, outre cette hypertrophie, une véritable dégénération tuberculeuse, et c'est surtout sous ce point de vue que je crois le cas intéressant : rien de plus commun en effet que l'hypertrophie simple de la prostate, rien de plus rare que ses dégénérations : je suis encore à trouver un cas de cancer, de véritable cancer de la prostate.

La figure I' représente : 1° la coupe de la prostate CP, 2° la coupe de la vessie, dont on peut apprécier l'épaisseur. La cellule C divisée présente ceci de remarquable que, contrairement à ce qu'on voit d'ordinaire dans les kystes vésicaux, elle est pourvue d'une tunique musculeuse : les kystes vésicaux sont en effet le plus souvent des hernies de la membrane muqueuse à travers la membrane musculaire : ces hernies ont lieu dans l'intervalle des colonnes charnues, et c'est tout au plus si l'on remarque quelques fibres musculaires rares disséminées à la surface du kyste. On peut toutefois se rendre compte de la disposition représentée fig. I', en admettant que dans les efforts de contraction vigoureux, nécessaires pour l'expulsion de l'urine, la portion des parois de la vessie qui répond à la cellule C, moins résistante, a cédé. Je ferai également remarquer que, contrairement à la disposition ordinaire, l'orifice de cette poche est plus large que le fond.

Fig. 2. *Ecchymoses de la vessie chez un enfant mort à la suite de la petite-vérole.*

La figure 2 représente une vessie qui a appartenu à un jeune enfant de cinq à six ans, mort dans la période d'éruption de la petite-vérole. On sait que de tous les symptômes, le plus grave, dans la petite-vérole, c'est l'apparition de pétéchies et d'ecchymoses sur les diverses surfaces libres. Il arrive souvent que la peau, que la muqueuse gastro-intestinale, et même la muqueuse de la trachée et des bronches, en sont comme criblées. Dans un cas de ce genre, la vessie présentait les ecchymoses sous-muqueuses et muqueuses représentées figure 2. Cette maladie hémorrhagique se rattache à une lésion du système capillaire veineux sur laquelle j'aurai occasion de revenir.

J'ajouterai ici que j'ai eu occasion de rencontrer plusieurs fois à la Maternité des enfans nouveau-nés avec des ecchymoses ou taches pétéchiales sur la peau et sur les origines des muqueuses. Chez ceux qui ont succombé, j'ai vu ces ecchymoses dans presque tous les organes, sur les membranes muqueuses, sur les séreuses, dans le tissu cellullaire, et dans l'épaisseur des muscles dont la blancheur contrastait avec la couleur noire des extravasations sanguines.

Fig. 3. *Calculs prostatiques.*

Il m'est arrivé bien souvent de rencontrer un nombre plus ou moins considérable de petits calculs du volume de la tête d'une épingle, engagés dans quelques-uns des nombreux orifices par lesquels la prostate verse

son liquide dans le canal de l'urèthre. J'avouerai même que ce sont des cas de cette espèce qui m'ont permis de voir que la prostate venait s'ouvrir par un nombre très considérable de pores ou d'orifices, non sur le veru montanum comme je l'avais appris autrefois, mais sur toute l'étendue des parois inférieure et latérale de la portion prostatique de l'urèthre(1). J'ajouterai qu'on rencontre même des orifices prostatiques sur la paroi supérieure de ce canal, dans tous les points qui répondent à la prostate. Jamais je n'avais vu un aussi grand nombre de calculs prostatiques que dans le cas représenté fig. 3. Sur cette figure, la vessie a été divisée verticalement par sa paroi postérieure, et la prostate par sa paroi inférieure. On voit sur la tranche droite de la coupe une multitude de petits calculs miliaires, brunâtres, semblables à de gros grains de sable, réunis en foyer. La tranche gauche présente la structure celluleuse de la prostate : chacune des cellules contenait un ou plusieurs petits calculs. Une coupe verticale faite sur la paroi supérieure du canal de l'urèthre, établit que la portion de prostate qui entoure cette paroi supérieure présente la même disposition spongieuse et contient également des calculs.

La prostate tout entière était donc convertie en un tissu spongieux dont les cellules, qui communiquaient toutes les unes avec les autres, étaient remplies de calculs. Il y avait des cellules de divers ordres : les plus petites ne contenaient qu'une concrétion, les plus considérables en contenaient plusieurs; enfin venait le grand foyer de calculs, dont les parois n'étaient nullement disposées en kyste, mais présentaient d'innombrables ouvertures de communication avec les cellules prostatiques voisines.

On aurait d'ailleurs inutilement cherché dans ce tissu spongieux quelque disposition de texture qui rappelât la structure glanduleuse, attendu que les conduits excréteurs, distendus, avaient atrophié les granulations interposées.

Ces petits calculs prostatiques sont tous taillés à facettes. La petite figure C' représente un de ces calculs vu à la loupe. Ils sont d'un rouge brun, couleur d'ambre, transparens, semblables à des pierres précieuses d'une très belle eau. D'après Wollaston, les calculs prostatiques sont composés de phosphate calcaire à l'état neutre teint par une matière colorante.

Une propriété bien remarquable de ces calculs, c'est leur petit volume, qui, avec quelques variétés, ne dépasse guère celui d'un gros grain de mil. Il semble, d'une part, que le calcul conserve à-peu-près le volume qu'il a eu au moment de sa formation, et d'une autre part, qu'il soit incapable de s'agglutiner.

La théorie dit que ces calculs pourraient devenir le noyau de calculs urinaires; mais je ne sache pas que l'observation l'ait démontré. La théorie dit encore que ces calculs peuvent être expulsés avec les urines; mais cela n'a point été constaté. Il serait d'ailleurs on ne peut plus facile de les distinguer des calculs d'acide urique.

Il faut bien distinguer les calculs prostatiques proprement dits, c'est-à-dire les calculs formés aux dépens du liquide prostatique, des calculs urinaires qui siègent dans la région prostatique, et qui peuvent acquérir un si grand volume.

Fig. 4. *Phlébite vésicale.*

Le cas de phlébite vésicale représenté fig. 4 m'a été donné par M. Monod, alors interne des hôpitaux : il avait été observé dans le service de Dupuytren chez un jeune homme de 15 ans, mort deux mois après l'invasion d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale droite. On trouva la tête du fémur usée, les trois pièces de l'os coxal séparées, et une carie de la portion de cavité cotyloïde qui appartient à l'iléon. Les deux veines hypogastriques étaient complètement oblitérées par des caillots denses, noirâtres, et par conséquent elles étaient complètement étrangères à la circulation. Tout le lacis veineux qui entoure le col de la vessie était rempli de pus. Les veines si multipliées qui longent les côtés de la vessie étaient également remplies de pus jaunâtre; elles étaient çà et là dilatées en ampoules, et chacune de ces ampoules ou bosselures répondait à une collection de pus. Le tissu cellulaire qui entourait les veines était très dense et fragile. Une circonstance bien remarquable de ce fait, c'est que la glande prostate P était pénétrée de pus qui suintait par une foule de points lorsqu'on exerçait sur elle une certaine compression. J'ai pensé que ce pus provenait des veines prostatiques enflammées. Sur la figure, on voit la veine iliaque primitive gauche VIP et l'orifice de la veine iliaque externe OVIE : un caillot sanguin arrive presque jusqu'à cet orifice : ce caillot sanguin s'enfonce dans la veine hypogastrique et dans les veines vésicales, où il est bientôt remplacé par du pus P,P; ce pus est tantôt en contact immédiat avec les parois de la veine, et tantôt séparé de ces parois par une pseudo-membrane mince.

(1) Voyez mon *Anatomie descriptive*, tome II, *Splanchnologie*, page 758.

MALADIES DE LA VESSIE ET DU CANAL DE L'URÈTRE.

(XXXIX^e LIVRAISON, PLANCHES I ET II).

PLANCHE I.

La fig. 1 représente un cas d'hypertrophie de la vessie qui m'a paru pouvoir servir de type pour ce genre de lésion. Cette hypertrophie n'occupe que la tunique musculeuse. La tunique interne ou muqueuse a conservé sa ténuité naturelle. Le tissu adipeux sous-péritonéal, qui participe le plus souvent à l'hypertrophie de la tunique musculeuse, ne constituait ici qu'une couche mince.

Les bosselures de la surface interne de la vessie sont le résultat de la corrugation de la tunique musculeuse; la membrane interne n'est nullement épaissie à leur niveau. Le canal de l'urètre présente des rétrécissemens organiques R, R, et entre ces rétrécissemens une perforation ou déchirure qui explique la gangrène des bourses et du périnée, à laquelle le malade paraît avoir succombé. Les rétrécissemens sont fibreux, ou plutôt, au niveau de ces rétrécissemens, le canal de l'urètre présente un aspect fibreux dans toute son épaisseur. Je ferai remarquer la dilatation de la portion prostatique du canal de l'urètre et le développement des orifices des conduits prostatiques. On conçoit facilement qu'une bougie un peu fine puisse s'engager dans l'un ou l'autre de ces orifices.

La figure 1′ représente la face postérieure de la même vessie. On y voit un plan musculaire superficiel qui m'a paru constant, mais qui est trop mince dans les vessies ordinaires pour pouvoir être facilement observé. Sur la même figure se voit une coupe transversale de la prostate C P, qui présentait deux foyers purulens, à parois très anfractueuses, un de chaque côté de la ligne médiane.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL DE L'URÈTRE ET SUR L'HYPERTROPHIE DE LA VESSIE.

Les rétrécissemens du canal de l'urètre jouent un rôle très important dans les maladies des voies urinaires. Ils constituent la cause la plus commune des rétentions d'urine et par suite du plus grand nombre des lésions dont les voies urinaires sont susceptibles.

Les auteurs modernes me paraissent avoir gratuitement multiplié les altérations organiques dans les rétrécissemens de l'urètre; quant à moi, je n'ai jamais rencontré qu'une seule espèce de rétrécissement, savoir le rétrécissement fibreux ou mieux la transformation fibreuse des parois du canal, transformation qui occupe, tantôt un seul point de ce canal, de manière à constituer un étranglement circulaire, semblable à celui que déterminerait une corde fortement serrée (stricture), tantôt une longueur plus ou moins considérable du canal, quatre, six, huit, douze lignes et même davantage.

Indépendamment de cette différence des rétrécissemens sous le rapport de leur étendue, on doit admettre des rétrécissemens superficiels, c'est-à-dire limités à la membrane muqueuse, et des rétrécissemens profonds dans lesquels toute l'épaisseur du canal de l'urètre a subi la transformation fibreuse. Relativement au siège, le rétrécissement peut occuper tous les points intermédiaires au méat urinaire et à la portion prostatique du canal, mais presque toujours il occupe la portion membraneuse ou la portion bulbeuse; jamais je n'en ai rencontré dans la portion prostatique. Voici d'ailleurs la description que j'ai faite de plusieurs rétrécissemens disséqués avec le plus grand soin. Je transcris mes notes textuellement :

1° *Rétrécissemens. — Fausse route à travers le corps caverneux. — Abcès gangréneux. — Pneumonie. Mort.* (1)

Rétention d'urine, cathétérisme forcé, abcès gangréneux dans les bourses et au périnée, incision, mort. A l'ouverture, on trouve une fausse route : l'instrument avait traversé la paroi supérieure du canal, labouré et même entamé le corps caverneux pour rentrer ensuite dans l'urètre. Le rétrécissement avait de quatre à cinq lignes de longueur : il était dense, fibreux, et la transformation fibreuse occupait toute l'épaisseur du canal : du pus était infiltré dans une bonne partie du tissu spongieux du corps caverneux; il y avait un abcès gangréneux dans le tissu cellulaire du périnée; il existait en outre une pneumonie passée à l'état d'hépatisation grise. Ne serait-il pas possible que cette pneumonie, d'ailleurs bien différente de la pneumonie lobulaire, fût le résultat de la présence du pus dans le tissu du corps caverneux. Dans des cas analogues, nous avons trouvé des abcès multiples dans le foie et dans la rate. Du pus dans le corps caverneux de la

(1) Présenté à la Société anatomique par M. le docteur Monod, alors interne à Bicêtre.

verge ou dans le tissu caverneux du canal de l'urètre, n'est-ce pas du pus dans le système veineux capillaire; et si des adhérences ne le circonscrivent pas immédiatement, ce pus ne pénètre-t-il pas de suite dans le torrent de la circulation, pour se déposer dans le système capillaire des poumons, du foie, d'où les phlébites secondaires, les abcès multiples des viscères?

2° *Rétrécissement. — Abcès prostatiques. — Hypertrophie de la vessie.*

J'ai décrit dans la xxvi^e^ livraison le cas remarquable d'un abcès de la prostate qui se vidait dans le canal de l'urètre par les orifices extérieurs de cette glande : il y avait en même temps hypertrophie de la vessie, suppuration prostatique : et l'hypertrophie, de même que la suppuration, étaient l'effet d'un rétrécissement dont voici la description. Ce rétrécissement occupait la portion bulbeuse et le voisinage de la portion membraneuse du canal de l'urètre; il avait de huit à neuf lignes de longueur; le canal était converti en tissu fibreux dans toute son épaisseur au centre du rétrécissement: aux limites, la transformation fibreuse n'avait lieu qu'aux dépens de la membrane muqueuse. Le rétrécissement et la portion voisine du canal de l'urètre représentaient deux cônes adossés par leur sommet.

La portion prostatique du canal de l'urètre était très dilatée, et sa paroi inférieure présentait une courbure très prononcée, à concavité dirigée en haut; de chaque côté du veru-montanum, lequel était très développé, surtout à son extrémité postérieure, qui répondait au centre de la portion prostatique, se voyaient des ouvertures très multipliées, d'où l'on faisait suinter une matière purulente. Plusieurs de ces ouvertures occupaient la partie renflée du veru-montanum.

La prostate volumineuse était creusée de deux poches séparées par une cloison incomplète. Ces poches contenaient une grande quantité de pus. Dans leur cavité se voyait une multitude de colonnes entrecroisées, lesquelles devaient être, au moins pour la plupart, des vaisseaux ou des conduits excréteurs.

La vessie était considérablement hypertrophiée; son épaisseur était de quatre à cinq lignes; elle présentait la double disposition décrite sous le nom de vessie à colonnes et de vessie à cellules, mais aucune des cellules ne contenait de calculs. Derrière le trigone qui était considérablement rétréci et réduit à un demi-croissant à concavité postérieure, la vessie présentait une poche ou cul-de-sac qui s'enfonçait sous le trigone.

3° *Stricture circulaire à trois pouces du méat urinaire. — Distension énorme de la vessie.*

M. Bérard aîné a présenté à la Société anatomique une vessie énormément dilatée, dont le sommet atteignait l'ombilic. Pour cause de cette distension, nous avons vu une stricture tout-à-fait circulaire, située à trois pouces du méat urinaire. Le bas-fond de la vessie présentait une foule de petites granulations semblables à des grains de mil : ces granulations ne sont autre chose que des follicules muqueux invisibles dans l'état sain de cet organe.

4° *Oblitération complète du canal de l'urètre au-devant des bourses. — Plusieurs fistules. — Eschare gangréneuse formée par la membrane interne de la vessie.*

M. Bosc a présenté à la Société anatomique les voies urinaires d'un individu dont le canal était complètement oblitéré au-devant des bourses : cette oblitération, qui consistait dans une transformation fibreuse de ce canal, s'accompagnait de plusieurs fistules urinaires. La vessie dilatée présentait trois perforations obturées par des intestins adhérens. Ce qui est plus remarquable, c'est l'existence d'une eschare contenue dans la vessie et ayant la forme de la face interne de laquelle elle s'était détachée. Une discussion s'est élevée, relativement à cette eschare. Plusieurs membres ont pensé que c'était une fausse membrane; quant à moi, j'ai été convaincu que c'était une eschare. (1)

5° *Infiltration urineuse des bourses par rétrécissement fibreux situé au niveau du bulbe de l'urètre. — Calculs urinaires logés dans les follicules muqueux de ce canal.*

Un individu entra dans un hôpital avec une infiltration urineuse considérable des bourses. Incisions profondes. Tentatives infructueuses du cathétérisme avec des sondes coniques. Mort. Voici ce que j'ai constaté : Au niveau du bulbe et de la portion spongieuse, rétrécissement fibreux d'un pouce de long. Dilatation considérable du canal entre le rétrécissement et la vessie. Derrière le rétrécissement, trois calculs urinaires adhérens, et, à ma grande surprise, je vis que cette adhérence était le résultat de l'enchatonnement de ces calculs dans autant de follicules muqueux. Le col de la vessie présentait une saillie demi circulaire, espèce de valvule qui occupait la moitié inférieure de ce col, et derrière laquelle se voyait un cul-de-sac.

(1) Ce n'est pas la première fois que je vois des eschares soit de la vessie, soit de l'arrière-bouche, soit de l'intestin pris pour des fausses membranes : l'anatomie pathologique, en faisant connaître les fausses membranes, a relevé une grande erreur des anciens, qui prenaient toutes les fausses membranes des muqueuses pour des eschares, mais elle n'en admet pas moins l'existence d'eschares des membranes muqueuses, l'angine gangréneuse de Fothergill et de Huxham, aussi bien que l'angine couenneuse si bien décrite par M. Bretonneau.

La surface interne de la vessie présentait l'aspect réticulé de la surface interne du cœur. On y voyait un grand nombre de cellules à orifice très étroit, multiloculaires. Le tissu adipeux sous-péritonéal formait une couche extrêmement épaisse.

J'ai rencontré un autre cas de calculs urinaires engagés dans les follicules muqueux de l'urètre : c'est une cause de rétention d'urine qui vient s'ajouter au rétrécissement. Quant à la question de savoir si de petits graviers ou calculs peuvent s'enchatonner ainsi, indépendamment de tout rétrécissement, je suis porté à croire que la chose est impossible.

6° *Rétrécissement du canal. — Fistules. — Calculs urétraux et prostatiques.*

M. Thomas a présenté à la Société anatomique, le 13 novembre 1829, les voies urinaires d'un individu affecté de rétention d'urine depuis vingt ans, et qui parvenait à uriner assez bien en introduisant une grosse bougie jusqu'à la partie moyenne de la verge. Cet individu, qui n'avait pas d'enfans, ayant entendu dire qu'il en aurait probablement s'il se faisait guérir de son rétrécissement, se décida à entrer dans un hôpital. Une sonde ordinaire n'ayant pas pu arriver jusque dans la vessie, on eut recours à une sonde conique, à l'aide de laquelle on pénétra très profondément; on crut être arrivé jusque dans la vessie, mais on n'obtint que du sang. Le malade fut pris le lendemain d'un œdème de la glotte; on ne se décida à la trachéotomie que quarante-huit heures après l'invasion; mort une heure après l'opération.

A l'ouverture, obturation du larynx par la tuméfaction œdémateuse de la muqueuse de cet organe.

Canal de l'urètre sain dans la moitié de sa longueur, à partir du méat urinaire. Du milieu de la longueur de ce canal partaient deux trajets : l'un gangréneux, qui paraissait conduire directement dans la vessie, il contenait un calcul assez considérable creusé d'une gouttière et plusieurs petits calculs; l'autre trajet à parois denses, fibreuses, blanchâtres. Ce canal ne conduisait pas directement dans la vessie, mais il aboutissait à une poche très considérable creusée dans l'épaisseur de la prostate et remplie de calculs : cette poche prostatique, qui communiquait avec la vessie, était divisée en deux cavités séparées par une cloison incomplète : l'une de ces cavités appartenait au lobe droit, l'autre appartenait au lobe gauche de la prostate.

Sur le trajet du canal de l'urètre fibreux se voyaient deux poches communiquant avec ce canal par un orifice plus étroit que le fond et remplies de calculs.

Il s'agissait de déterminer lequel des deux canaux de l'urètre, l'un gangréneux, l'autre fibreux, était le véritable canal. J'ai pensé que le canal naturel était le canal fibreux, que le canal gangréneux était le résultat de la fausse route. J'ai pensé que les calculs urétraux et prostatiques étaient le résultat de la rétention d'urine, laquelle avait déterminé la dilatation du canal de l'urètre, et peut-être celle des canaux prostatiques, la formation des poches et par suite la formation des calculs. Il y avait dans ces diverses poches trente calculs, parmi lesquels on en voyait un qui ressemblait à une écuelle creuse, munie de son couvercle.

Réflexions. Le *caractère fibreux* des rétrécissemens de l'urètre me paraît un fait bien démontré; car, je le répète, je n'ai jamais rencontré de rétrécissement d'une autre nature : il y a disparition complète de la membrane muqueuse au niveau du rétrécissement, disparition plus ou moins complète du tissu spongieux érectile du canal de l'urètre.

Si de ce caractère fibreux du rétrécissement, nous cherchions à remonter à la cause qui l'a produit, nous verrions qu'on ne peut expliquer ce rétrécissement que de deux manières : 1° par une inflammation chronique de la membrane muqueuse; 2° par une ulcération. Nous possédons trop peu de faits d'anatomie pathologique, relatifs à l'état du canal de l'urètre dans la blennorrhagie, pour résoudre cette question d'une manière positive : je serais porté à croire que ces rétrécissemens sont le résultat d'une ulcération; car dans l'hypothèse d'une inflammation, il serait bien difficile de concevoir comment les effets de cette inflammation seraient presque constamment limités à un seul point de la longueur du canal.

Quant aux conséquences thérapeutiques qui découlent du caractère fibreux du rétrécissement, elles sont parfaitement en harmonie avec les faits : l'inconvénient du cathétérisme forcé et des sondes coniques, la prééminence de la dilatation sur la cautérisation, la nécessité d'une dilatation long-temps continuée, la tendance du rétrécissement à se reproduire, et l'indispensable nécessité d'avoir recours de loin à loin à un moyen dilatateur; l'incurabilité absolue de tout rétrécissement du canal de l'urètre; telles sont les données thérapeutiques fournies par l'anatomie pathologique des rétrécissemens.

Il est aussi difficile de rétablir un canal naturel transformé en tissu fibreux, qu'il est difficile d'établir un canal artificiel. Le tissu fibreux morbide a ce fatal privilège sur le tissu fibreux naturel que la moindre cause d'irritation tend à l'épaissir, à le condenser, et s'il est

disposé en canal, à en diminuer incessamment la capacité. Or le moindre rétrécissement du canal de l'urètre devient pour ce canal une cause d'irritation, à cause de l'obstacle qu'il apporte á l'émission de l'urine.

La figure 2, planche 1, fournit un exemple d'hypertrophie de vessie avec développement vésiculeux de la membrane muqueuse.

La figure 2' représente la même vessie, vue par sa face postérieure ; elle n'offre de remarquable qu'une tumeur K développée sur le trajet des conduits déférens. Cette tumeur, qui est d'une dureté fibreuse, n'est autre chose qu'un kyste à parois épaisses, fibreuses, à cavité vide, dont les parois étaient plissées sur elles-mêmes, comme dans le cas où un kyste volumineux, ayant été évacué, ses parois, incapables d'une rétraction proportionnelle, se flétrissent et se plissent en dedans d'elles-mêmes.

La production des vésicules à la surface libre des membranes muqueuses est une lésion que je n'ai rencontrée que dans la vessie; rien n'est plus fréquent que de voir, au bas-fond de la vessie de femmes mortes de cancer utérin, une multitude de vésicules ou bulles pédiculées, à moitié vides, ou bien entièrement vides, et comme flétries, à parois excessivement minces et transparentes. Ces vésicules ne sont pas constituées par les follicules, mais bien par la membrane muqueuse elle-même, et si un épiderme avait été démontré sur cette membrane, on pourrait croire que ces vésicules ou bulles sont constituées par l'épiderme soulevé. Si la vessie était pourvue de papilles ou villosités comme l'intestin grêle, je n'hésiterais pas à dire que ces vésicules sont formées par le développement des villosités, dont elles constitueraient une sorte d'hypertrophie. Les circonstances au milieu desquelles elles se développent militeraient en faveur de l'hypertrophie : car elles attestent que la muqueuse a dû être, par voie de continuité de tissu, le siège d'une fluxion sanguine considérable. Dans le cancer du col utérin, le bas-fond de la vessie, qui est adhérent aux parties malades, participe à la dégénération, et l'on conçoit qu'avant de subir cette dégénération, la muqueuse doive passer par plusieurs modes d'irritation dont l'hypertrophie est le premier degré. Il n'est d'ailleurs pas rare de rencontrer sur la même vessie une multitude de vésicules à côté d'une portion de muqueuse vésicale dégénérée.

PLANCHE II.

Les figures 1 et 1' représentent un cas de dégénération tuberculeuse de la prostate; la dégénération s'était étendue d'une part aux vésicules séminales et au canal déférent, d'une autre part au bas-fond de la vessie. Cette pièce a été trouvée sur un cadavre destiné aux dissections de l'École pratique; je n'ai aucune espèce de renseignemens, ni sur les altérations pathologiques qu'ont présenté les autres organes, ni à plus forte raison, sur la maladie à laquelle cet individu a succombé; mais il m'a paru curieux de conserver dans un dessin l'image fidèle de cette si remarquable altération (1). On voit que la dégénération a dépassé le trigone vésical : en arrière où les orifices des uretères sont marqués par deux crins, et en avant où la dégénération occupe tout le pourtour de l'orifice de la vessie.

Les figures 2 et 2' représentent la prostate et la vessie d'un vieillard, âgé de 81 ans, mort de cancer de l'estomac. La figure 2' représente la vessie ouverte par sa face antérieure. Cette vessie est racornie. OU, OU sont les orifices des uretères. La prostate est déformée, inégalement développée à droite et à gauche, le lobule médian très volumineux. La prostate est bosselée, et la coupe de cet organe, faite pl. 2, démontre que ces bosselures répondent à autant de cellules remplies de suc muqueux. Chaque grain glanduleux semble transformé en un kyste indépendant.

Les figures 3, 3', 3" représentent un vice de conformation fort extraordinaire qui, bien qu'il ne puisse pas être considéré comme une lésion morbide, m'a paru digne d'être représenté.

Cette pièce a été trouvée sur un sujet qui servait à la manœuvre des opérations.

Il s'agit de la présence de deux canaux de l'urètre, l'un supérieur, plus petit (fig. 3'), qui occupe la face dorsale de la verge, au niveau de la ligne médiane; l'autre inférieur (fig. 3), qui présente la situation, la structure et la dimension d'un canal de l'urètre ordinaire. Ces deux canaux s'ouvraient sur le gland (fig. 3"), savoir : le canal inférieur dans le lieu accoutumé MU; le canal supérieur à la face supérieure du gland par un pertuis OCE beaucoup plus étroit que l'orifice du conduit inférieur. Le canal supérieur était formé par la réunion des deux conduits éjaculateurs, réunion qui se faisait à angle aigu à la racine de la verge.

Le sujet, auquel avait appartenu cette pièce anatomique, ayant été enlevé, il ne m'a pas été donné de connaître la disposition de ces conduits éjaculateurs, à l'égard de la prostate, de la vessie et surtout des canaux déférens et des vésicules séminales.

(1) Voyez *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*. Paris, 1841, tome v, page 433.

MALADIES DES REINS.

(PLANCHES III ET IV, XXXVI^{e} LIVRAISON.)

EXPLICATION DES FIGURES DE LA PLANCHE III.

La fig. 1 représente un calcul urinaire, contenu dans le bassinet. Le rein est atrophié, sa couleur jaunâtre, sa surface parcourue par une multitude de vaisseaux.

Cette figure établit qu'un des effets de la présence des calculs rénaux dans le bassinet, c'est l'*atrophie du rein.* Cette altération atrophique, exempte de toute distension, est sans doute le résultat de la compression exercée par le calcul sur le tissu du rein, et suppose nécessairement une liberté pleine et entière dans la circulation de l'urine. La couleur jaunâtre du tissu du rein, sa disposition granuleuse lui donnent toutes les apparences de l'altération décrite sous le nom de maladie de Bright. Il est probable que cette atrophie n'est pas primitive, mais bien consécutive à une irritation exercée par le calcul sur le rein : le développement vasculaire de la surface de l'organe peut être raisonnablement considéré comme le vestige de cette irritation. Je n'ai d'ailleurs aucun renseignement sur le sujet auquel a appartenu ce rein.

La fig. 2 représente la coupe d'un rein remarquable par sa coloration jaune, par l'absence de toute granulation et par la prédominance de la substance corticale sur la substance tubuleuse. Je n'ai aucun renseignement sur le sujet qui a fourni ce rein. Je ne connaissais pas la maladie de Bright, lorsque j'ai fait dessiner cette figure ; et, sans rattacher cette altération à sa véritable source, je l'avais fait représenter comme objet de curiosité ou plutôt comme fait d'anatomie pathologique qui appelait des recherches ultérieures.

La fig. 3 représente un rein converti et un kyste multiloculaire. Voici l'observation détaillée relative à cette altération, qui peut servir de type pour les lésions du même genre.

Urines purulentes. — Tuméfaction considérable et douloureuse de la région lombaire droite. — Mort en quelques heures dans un état comateux.—Calcul dans le bassinet.—Transformation du rein en un kyste purulent multiloculaire. — Apoplexie des circonvolutions du cerveau.

Laberthe (Anne-Joséphine), 67 ans, est entrée à la Salpétrière et reçue directement dans mon service (salle Sainte-Marthe, n. 3) en mai 1838 : elle a succombé en novembre 1839. Voici les symptômes qu'elle a présentés pendant ce long intervalle.

Etat général. Face très colorée ; beaucoup d'embonpoint ; gaîté ; point d'inquiétude sur son état. La malade souffre dans l'attitude assise, et surtout dans la position verticale. Aussi bien s'est-elle condamnée à garder le lit, constamment occupée à des ouvrages d'aiguille, pour lesquels elle était très habile.

Etat local. Urines toujours troubles et purulentes. Le pus forme la moitié du liquide rendu et se dépose par le repos au fond du vase : il est parfaitement pur, exempt de mucosités, et présente tous les caractères du pus phlegmoneux. D'une autre part, l'urine qui surnage, parfaitement limpide et citronée, offre tous les caractères de l'urine normale.

La malade se plaint constamment du rein droit, qui est très douloureux à la pression : elle dit que son rein est plein de pierres, elle affirme entendre quelquefois le bruit que ces pierres font en se choquant. Du reste, elle ne permet pas qu'on fasse une exploration convenable, qu'on touche ses pierres, suivant son dire, et supporte impatiemment la pression nécessaire pour reconnaître et circonscrire le rein. L'obésité extrême de l'abdomen est encore un obstacle à cet examen.

Joignez à cela qu'il existe une éventration assez considérable et douloureuse au dessus de l'ombilic, et qu'en outre l'anneau ombilical dilaté peut admettre l'extrémité du doigt. L'état de bien-être de la malade est souvent interrompu par des crises de coliques et de vomissemens, accompagnées de douleurs abdominales très vives, pour lesquelles j'avais souvent recours aux bains, aux cataplasmes, à la saignée, aux sangsues Quant à la cause de ces crises, j'ai toujours hésité entre la lésion du rein et l'éventration, les phénomènes morbides pouvant se rapporter à un étranglement léger, comme à une colique néphrétique. Au reste, ces accidens, qui m'avaient parfois inquiété, ont constamment cédé aux moyens antiphlogistiques.

Voici d'ailleurs les commémoratifs. Il y a quarante ans que, sans cause connue, elle rendit pour la première fois des graviers, dont l'expulsion fut précédée de fièvre et de coliques néphrétiques avec vomisse-

mens, qui furent combattues par la saignée. Depuis cette époque, elle dit avoir expulsé avec les urines plus de deux cents graviers, dont souvent six à-la-fois. Cette expulsion était constamment précédée de vomissemens et de coliques néphrétiques très vives, qu'elle appelait ses points de côté. Tous ces accidens étaient calmés, disait-elle, par l'ingestion d'une grande quantité d'huile d'olives pure, qui faisait couler les calculs : elle raconta avoir été guérie de la gravelle par un remède vulgaire, qui consiste dans du crottin de chèvre infusé dans du vin blanc. Ses parens n'avaient eu ni goutte ni gravelle.

Le 21 novembre 1839, au moment de ma visite, elle était parfaitement bien. Elle passa toute la journée assise sur son lit, occupée à coudre comme de coutume. A quatre heures du soir, elle fit son petit souper, qui consista en des harengs, qu'elle mangea d'un grand appétit. Elle avait à peine fini, qu'elle fut prise d'une céphalalgie extrêmement intense, qui occupait surtout la région occipitale. A cette céphalalgie se joignirent des vomissemens fréquens. L'interne de garde appelé crut à une indigestion, prescrivit du thé et fit appliquer sur le front des compresses d'eau vinaigrée. Il ne soupçonna rien du côté du cerveau, et la céphalalgie extrêmement intense lui parut un résultat et non point une cause. Cet état se prolongea depuis quatre heures jusqu'à huit heures du soir. A huit heures, elle se leva pour aller à la selle, et, jusqu'à ce moment, la parole ne paraissait pas altérée. A neuf heures et demie, elle ronfle avec force, la tête inclinée sur la poitrine : elle est immobile. L'infirmière croit qu'elle dort : elle lui présente à boire ; mais la malade ne bougeant pas, elle croit que son silence est un refus ou l'effet d'un sommeil profond. La respiration devient de plus en plus forte et bruyante. Mort à deux heures et demie du matin.

Ouverture du cadavre.— Cerveau. La dure-mère incisée, je trouve, à droite, une couche mince de sang dans la cavité de l'arachnoïde ; mais c'était sous l'arachnoïde viscérale qui revêt l'hémisphère droit qu'avait lieu le foyer de l'épanchement sanguin ; et cet épanchement, qui occupait toute la face convexe du cerveau, allait en augmentant d'épaisseur, à mesure qu'on approchait de la base de la scissure de Sylvius. Tout le sang infiltré était concret. La petite quantité de sang contenue dans la cavité de l'arachnoïde était au contraire liquide.

En écartant les bords de la scissure de Sylvius, je vis un très gros caillot de sang, qui comprimait fortement et avait, pour ainsi dire, aplati le lobule qui remplit cette scissure. Ce lobule (lobule du corps strié) était intact. Les petites circonvolutions qui le constituent semblaient amincies, et la substance grise parsemée de petits foyers d'apoplexie capillaire.

L'hémorrhagie avait sa source dans une déchirure ou plutôt dans une destruction de celles des circonvolutions du lobe postérieur, qui appartiennent à la scissure. La circonvolution la plus voisine du lobule du corps strié avait elle-même été entamée. La substance blanche subjacente aux circonvolutions lacérées ou détruites était mise à nu. Cette substance blanche, parfaitement saine, n'offrait pas la lacération et l'infiltration sanguine des foyers apoplectiques ordinaires. L'infiltration sanguine sous-arachnoïdienne occupait non-seulement la convexité, mais encore la base de l'hémisphère droit. Elle occupait encore la grande fente cérébrale, la face inférieure de la protubérance, et s'était même étendue jusqu'au lobe antérieur de l'hémisphère opposé (hémisphère gauche). Du reste, toutes les autres parties du cerveau étaient saines, et, en particulier, les couches optiques et les corps striés.

Reins. Le rein droit (fig. 3, pl. III, XXXVI^{e} livraison) avait le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. Il refoulait fortement le foie en haut et appuyait par sa face postérieure contre la colonne vertébrale. Le colon ascendant et le duodénum étaient accolés à sa face antérieure.

J'incise le rein, et je vois que cet organe est converti en un kyste multiloculaire rempli de pus. Ce pus est phlegmoneux sans aucun mélange d'urine. Quelques calculs nagent au milieu du pus. Les cellules (fig. 3) qui ont remplacé les cônes du rein, communiquent toutes avec le bassinet. Plusieurs communiquent directement entre elles; plusieurs semblent subdivisées par des espèces de brides.

Le rein (fig. 3) est entouré d'une très grande quantité de graisse, qui remplit les vides et égalise en quelque sorte sa surface. Ce tissu adipeux T'A adhère intimement au rein, et semble faire corps avec lui. C'est pour cette raison que j'ai cru devoir le faire représenter ici. Je n'ai jamais vu de tissu adipeux plus dense, et cette densité, il la devait à des lames fibreuses qui le traversaient en tous sens. Dépouillé du tissu adipeux, qui le soutient, le rein n'est plus qu'une membrane disposée en cellules à parois très minces.

Le bassinet contenait un calcul brisé en deux fragmens, dont le supérieur avait la forme d'un cône. Le fragment inférieur qui a été dessiné à part (fig. 3′), remplissait le bassinet et obstruait incomplètement l'orifice supérieur de l'uretère. J'ai fait mention, dans le cours de l'observation, d'une hernie de la ligne blanche ou éventration située au dessus de l'ombilic. Cette hernie était formée par une masse considérable d'épiploon. Le doigt, introduit derrière l'ombilic, pénétrait au centre de cette masse épiploïque, qui était disposée en sac à large ouverture, dans lequel les intestins auraient bien pu s'engager. Le sac herniaire était excessivement ténu.

Réflexions. 1° Relativement à l'attaque d'apoplexie, je ferai remarquer les symptômes insolites

par lesquels cette lésion s'est manifestée à son début, savoir la céphalalgie et les vomissemens, si bien que le chirurgien de garde a pu croire à une indigestion. A ces symptômes, qui ont eu quatre heures de durée, a succédé un assoupissement qu'on a pris pour du sommeil, et la malade a expirépendant ce sommeil apparent. L'hémiplégie, ce caractère presque constant de l'hémorrhagie cérébrale, manquait complètement dans le cas actuel, ou, si ce symptôme a existé, ce n'était pas à l'invasion, ce n'était même pas quatre heures après l'invasion, puisque la malade a pu se lever pour aller à la selle; ce ne pourrait être que dans la période d'assoupissement, et il est plus que douteux que ce symptôme ait eu lieu.

Ce fait me rappelle celui d'un négociant très connu, M. Delisle, âgé de 45 ans environ, qui, après avoir déjeuné copieusement avec une salade de homard, fut pris tout-à-coup de nausées, de vomissemens continuels, avec décomposition de la face, de sueurs froides. J'arrive : il était deux heures de l'après-midi; déjà mon ami, le docteur Vallerand, était auprès de lui et lui avait administré les premiers secours. Le malade, que je trouvai assis sur un fauteuil et soutenu par plusieurs personnes, me tendit la main, se plaignant d'un violent mal de tête, et ajouta qu'il était perdu. En effet, je fus frappé de l'altération profonde de la face, de son teint cadavéreux, chez un homme qui était remarquable par la fraîcheur de son visage. Son pouls était misérable : les extrémités glacées : il vomissait tout ce qu'il ingérait. M. Vallerand et moi nous crûmes que cet état syncopal tenait à une indigestion. Nous prescrivîmes de le mettre dans un lit bien bassiné. Des synapismes furent appliqués, des frictions pratiquées sur tous les membres, des serviettes chaudes sans cesse renouvelées. Je restai avec lui pendant une heure; la chaleur revint; le pouls se releva : la malade, se trouvant mieux, me pria de le laisser reposer. Je revins à six heures; je trouvai toute la famille à table, dans la sécurité la plus parfaite. On me dit que M. D..... était parfaitement bien, qu'il avait reposé du sommeil le plus tranquille depuis mon départ; qu'on n'avait pas osé le faire boire, de peur de le réveiller. Peu s'en fallût qu'on ne m'engageât à remettre ma visite à un temps plus opportun. J'entre dans la chambre du malade et je suis frappé d'un ronflement bruyant : c'était son habitude, me dit-on. J'approche; je trouve la face vultueuse; le pouls est fort, vibrant, inégal. Je soulève les paupières : les pupilles sont contractées et immobiles; je soulève les membres : ils tombent comme une masse inerte; je soulève la tête : elle retombe par son propre poids. Il y a abolition de l'intelligence, abolition de tout sentiment et de tout mouvement : c'est un homme agonisant. Le cerveau est le siège de tout le désordre. Il y a apoplexie foudroyante; il ne passera pas la nuit. Je préviens la famille consternée; je fais appeler plusieurs confrères. En attendant, une forte saignée au bras est pratiquée, des sangsues appliquées aux jugulaires, des vésicatoires aux jambes, des synapismes sont apposés. J'essaie de faire boire; mais la déglutition est impossible. La respiration devient de plus en plus bruyante, stertoreuse. Mort au bout de deux heures. On n'a pas voulu me permettre d'en faire l'ouverture.

On sera frappé de la similitude qui existe entre ce fait et celui de la femme Laberthe. Je suis donc fondé à admettre, qu'il y avait chez M. Delisle apoplexie des circonvolutions, infiltration du sang dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, compression large du cerveau et non point compression circonscrite. L'observation m'a démontré que, dans un certain nombre d'apoplexies foudroyantes, précédées d'une céphalalgie excessive, le foyer apoplectique occupait les circonvolutions ou le voisinage des circonvolutions, et le sang s'était fait jour sous l'arachnoïde. L'absence d'hémiplégie s'explique par le défaut de circonscription du sang épanché, et par l'intégrité de la couche optique et du corps strié. C'est à l'irritation exercée par le sang sur l'arachnoïde que je rapporte la céphalalgie atroce, les vomissemens continuels et l'état syncopal du début de la maladie.

Quelles sont les indications thérapeutiques que présente une pareille maladie? Evidemment, dans la première période, la seule indication, c'est de remédier à l'état syncopal. Il serait bien peu rationnel d'avoir immédiatement recours à des évacuations sanguines. Celles-ci ne peuvent trouver leur place que lorsque la réaction s'est opérée, et, si l'épanchement est très considérable, cette réaction, qui est accompagnée de symptômes de compression générale du cerveau, est bientôt suivie de la mort.

2° Relativement à la transformation du rein en un kyste purulent multiloculaire, je me contenterai de dire que, chez la femme Laberthe, cette transformation paraissait subordonnée à la présence d'un calcul dans le bassinet; que ce calcul, faisant bouchon, a dû produire une rétention d'urine dans le rein, et, par suite, la distension, l'atrophie, la transformation de chaque lobule du rein en un kyste faisant suite au calice correspondant, l'in-

flammation chronique de la membrane interne de la poche multiloculaire et la sécrétion du pus; que le calcul faisant toujours bouchon ou plutôt soupape, la poche ne se vidait, pour ainsi dire, que par regorgement; que le rein de ce côté fournissait à la vessie chaque jour son contingent de pus; que probablement les crises de coliques avec vomissemens, avec fièvre, auxquelles la malade était sujette, tenaient à la distension plus considérable du rein par suite d'une rétention momentanément complète. Du reste, il est remarquable qu'une digestion parfaite, qu'une nutrition parfaite, puissent coexister avec la présence permanente d'une aussi grande quantité de pus et avec un aussi grand désordre organique.

En regard de ce fait, dans lequel le kyste purulent se débarrassait goutte à goutte, et, pour ainsi dire, à chaque instant, du trop-plein du liquide, je placerai celui d'une femme de la Salpétrière, qui est venue quatre fois au moins dans mon service, pour une maladie du rein très facile à diagnostiquer. Habituellement d'une bonne santé, elle éprouvait de temps en temps des coliques néphrétiques très considérables avec vomissemens et fièvre intense. Ces coliques se dissipaient quelquefois spontanément à la suite d'une évacuation de pus par les urines; mais d'autres fois elles étaient rebelles, et c'était alors que la malade se décidait à venir à l'infirmerie.

L'exploration de la région lombaire gauche faisait reconnaître une tumeur considérable, douloureuse, très facilement appréciable et par la région lombaire, au dessous de la dernière côte, et par la région antérieure et latérale moyenne de l'abdomen. La fluctuation y était on ne peut plus sensible. J'ai été bien souvent tenté d'y pratiquer une ponction; mais, au bout de quelques jours de durée, les douleurs très vives et les accidens symphatiques, suite presque inévitable de lésions graves du rein, cessaient subitement à la suite de l'évacuation spontanée d'une grande quantité d'urine purulente. La tumeur diminuait rapidement, et, au bout de quelques jours, la malade sortait dans un état de santé très satisfaisant, si bien que l'exploration la plus exacte ne permettait de reconnaître aucune tuméfaction dans la région du rein, et que la pression ne réveillait aucune douleur.

Le fait suivant, représenté pl. IV, XXXVI^{e} livraison, que je dois à l'obligeance de M. Récamier, de M. le docteur Vayton et de M. Amédée Perrot, étudiant en médecine, fournira matière à des considérations importantes sur le même sujet.

EXPLICATION DES FIGURES DE LA PLANCHE IV, XXXVI^{e} LIVRAISON.

FIG. 1, 1′, 1″, 1‴.

Dans le mois de décembre 1839, M. le docteur Vayton apporta à mon laboratoire, au nom de M. Récamier, un rein qu'il me priait d'examiner, avec le plus grand soin et sur lequel M. Amédée Perrot devait me donner les renseignemens les plus circonstanciés. Je venais de faire représenter le rein de la planche III, et le rapprochement de deux faits analogues devait piquer ma curiosité.

Ce rein avait le volume représenté fig. 1, pl. IV : il exhalait une très mauvaise odeur. Je priai M. le docteur Bonamy, mon préparateur particulier, de le conserver avec soin. Quel n'est pas notre étonnement lorsqu'en ouvrant ce rein, nous le trouvons rempli de matières fécales! C'étaient bien des matières fécales : elles en avaient l'odeur, la couleur, tous les caractères possibles. Nous examinâmes alors la surface du rein et nous vîmes qu'au niveau de sa face antérieure, il avait dû exister une adhérence intime entre cette face antérieure et le colon ascendant, si bien que la séparation du rein et du colon n'avait pu se faire sans entamer le premier de ces organes, et c'étaient les matières fécales échappées par cette ouverture, qui donnaient à la pièce une odeur si fétide. Dès ce moment il fut démontré qu'une communication morbide s'était établie entre la cavité du colon et la poche formée par le rein, et que les matières fécales avaient passé du colon dans cette poche. Débarrassé de ces matières, qui le remplissaient entièrement, sans mélange d'urines et de matières purulentes, le rein (*voyez* fig. 1) offre la transformation en poche multiloculaire, à cellules très inégales pour la capacité, ici plus minces, là plus épaisses, mais sans vestige aucun de tissu propre du rein. Plusieurs de ces poches ne sont séparées les uns des autres que par des brides. L'une des poches était remplie par un calcul fort remarquable. Ce calcul (fig. 1) était étranglé au niveau de l'orifice de la cellule, et présentait dans ce point une espèce de col, qui supportait une tête, laquelle était reçue dans une autre cellule. Scié dans sa portion la plus volumineuse, ce calcul a présenté un noyau central

très cohérent (fig. 1‴), formé de lamelles superposées, dont quelques-unes noires, et une masse amorphe non cristallisée, occupant la circonférence.

La figure 1″ présente la coupe de la masse, et la figure 1‴ la coupe du noyau.

Voici d'ailleurs un résumé de l'observation très exacte et très circonstanciée, qui m'a été adressée par M. Perrot, ami de la malade.

Le 7 octobre 1839, M. Perrot fut appelé auprès d'une dame, avec laquelle il avait des relations de société, et qui était retenue au lit depuis neuf jours par une violente colique néphrétique. Il la trouva au milieu d'atroces douleurs: elle poussait les hauts cris. L'abdomen, ballonné dans toute son étendue, présentait, au niveau du flanc droit et de la région ombilicale, une proéminence remarquable. Cette proéminence était due à une tumeur dure, résistant à la manière d'une balle de caoutchouc pleine. Il n'y avait pas de fluctuation proprement dite. La tumeur commençait au dessous du foie, dont la séparait un sillon sonore et se terminait immédiatement au dessus du pubis. Dans le sens transversal, elle atteignait la ligne blanche.

Les urines étaient rares, peu abondantes, rendues sans douleur (on n'a pas noté leur qualité). Eructations saccadées; langue couverte d'un enduit très épais; pouls à 85.

Commémoratifs. Enfance maladive qui fait place à une jeunesse brillante de santé, lors de l'époque de la menstruation. Mariée à vingt-six ans, elle accoucha, au bout de dix-huit mois, d'un enfant bien portant. Il y a quinze ans, qu'elle éprouva pour la première fois une crise de coliques néphrétiques. Les crises se succédèrent d'abord tous les six mois, puis tous les quatre mois, et dans les derniers temps tous les huit jours. Elles étaient si violentes qu'on craignit plusieurs fois pour la vie de la malade: elles se terminaient par l'émission d'une grande quantité d'urine sédimenteuse. Dans l'intervalle des crises, il y avait absence complète de douleurs, et la santé redevenait parfaite. Le seul symptôme de maladie était la fétidité habituelle des urines. D'après ce qui précède, le diagnostic était facile, il parut évident à M. Perrot que le siège de la tumeur et le principe de tous les accidens étaient dans le rein, que la maladie consistait dans une distension du rein, du calice et du bassinet, produits par un obstacle au cours des urines existant dans l'uretère; toute crainte de dégénérescence de tissu fut éloignée, dit l'observateur, par cette circonstance que la malade était exempte de toute espèce de douleurs lorsque la crise était passée; mais je ne puis partager cette manière de voir.

M. Récamier, appelé en consultation le 8 novembre, eut l'idée d'une ponction exploratrice: il ne fut arrêté un instant que par la crainte de blesser le colon. Le lendemain, M. Récamier, accompagné de M. Amussat, pratiqua avec la hardiesse de la certitude une ponction capillaire en arrière et en dehors de la tumeur, à trois pouces du bord externe du carré des lombes. Le trois-quarts qui lui servit à cette ponction n'avait qu'une ligne de diamètre. Il s'écoula trois pintes d'un liquide trouble, d'une odeur spermatique très prononcée, et la malade fut immédiatement soulagée. Aux cris affreux qu'elle poussait depuis dix jours, succédèrent la joie, le calme et le bien-être. Cette ingénieuse ponction ralluma la vie près de s'éteindre. (1)

L'amélioration se maintint sans incident remarquable depuis le 9 octobre jusqu'au 8 novembre, c'est-à-dire pendant un mois. Les urines sont albumineuses, muqueuses, souvent avec graviers.

Le 8 novembre, tout-à-coup vomissemens infects, ayant l'odeur des matières fécales; les éructations et les urines ont la même odeur que les selles, et tout l'appartement en est infecté. En même temps altération profonde des traits, face terreuse, dilatation des ailes du nez; pouls petit, dépressible, à 96. L'identité d'aspect et d'odeur des matières rendues par le vomissement et de celles rendues par les urines et par les selles, fait soupçonner une communication du rein avec le colon ascendant.

Les mêmes accidens persistent les jours suivans (2), mais avec des alternatives d'exacerbation et de di-

(1) Le liquide, retiré par la ponction, fut analysé immédiatement par M. Chevallier. Examiné au microscope, ce liquide présentait une agglomération de globules en masse, groupés comme le docteur Rayer représente ceux du mucus (*Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire*, tome 1[er]). Plusieurs de ces globules étaient entourés d'une auréole huileuse. Il semblait qu'un globule opaque recouvrait un globule huileux plus grand que lui, de manière à laisser à découvert l'auréole huileuse indiquée. Du reste, le champ du microscope n'offrait aucun globule de pus isolé.

Voici le résultat de l'analyse faite par M. Chevallier. « 1° De l'eau, 2° une matière animale glaireuse particulière, 3° de l'acide « urique, 4° du phosphate de chaux, 5° divers sels et notamment des sels ammoniacaux, 6° de l'albumine en quantité assez con- « sidérable, 7° une matière grasse, 8° de l'urée, 9° une combinaison de matière animale et de chaux, 10° la plupart des sels qu'on « rencontre dans les autres urines. »

Conclusions de l'analyse. « Les particularités remarquables qui résultent de l'examen de cette urine sont: 1° la présence d'une « matière glutineuse ayant l'odeur du sperme, 2° la présence de l'albumine en assez grande quantité, 3° la présence d'une matière « grasse, 4° enfin celle d'une combinaison de chaux et de matières animales, que nous considérons comme une combinaison mélangée « à un savon d'une nature particulière. »

(2) Je trouve le passage qui suit dans l'observation de M. Perrot, à la date du 11 novembre : « La malade a rendu une énorme « quantité d'urine purulente: elle trouva dans son lit une quantité assez considérable de graviers blancs, brillans, cristallisés, sucrés, « ayant toute l'apparence du sucre de canne ». M. Perrot croit que ce sont des graviers venus des voies urinaires, et moi, je pense que ce sont tout simplement des fragmens de sucre qui sont tombés dans le lit de la malade.

minution. Vomissemens toujours infects ; urines d'abord purulentes, puis sanguinolentes. Les urines sanglantes sont expulsées avec douleur vive ; épuisement. Mort le 24 novembre.

Ouverture du cadavre. Une tumeur énorme, mais flasque, formée par le rein, occupait le flanc droit et la moitié droite de la région ombilicale. Le colon ascendant longeait le côté gauche de cette tumeur. Il adhérait si intimement au rein dilaté, que le bistouri, porté avec beaucoup de précaution dans le lieu de l'adhérence, a entamé le rein, et que des matières infectes, qui rappellent exactement celles rendues par le vomissement et avec les urines, s'échappent par la solution de continuité. Une ligature est faite autour de l'ouverture, pour empêcher l'écoulement de la matière contenue dans la poche rénale. L'uretère (fig. 1) présentait plusieurs pierres d'un volume considérable.

Le rein gauche était visiblement hypertrophié ; les calices et le bassinet étaient remplis de pus.

Réflexions. Ainsi, depuis quinze ans, gravelle, coliques néphrétiques, séparées par un état de santé parfaite. En octobre 1839, coliques néphrétiques des plus intenses. Transformation du rein en une poche très volumineuse ; accidens très graves ; ponction à l'aide d'un trois-quarts très délié; soulagement immédiat qui se maintient pendant un mois; invasion d'accidens d'un nouveau genre; vomissemens stercoraux; urines stercorales; soupçon de communication du rein droit avec le colon ascendant. Mort. A l'ouverture, communication du colon avec la poche rénale, qui est remplie de matières fécales : un calcul rénal, plusieurs caculs dans l'uretère : telles sont les circonstances principales qu'a fournie l'observation précédente.

Quelques considérations générales sur les lésions de canalisation du rein feront ressortir la valeur et l'importance des faits ci-dessus ; mais, avant de commencer, j'ai à donner quelques explications sur les figures 2 et 3.

Les fig. 2 et 3 représentent deux reins appartenant à une femme âgée de la Salpétrière: ces reins occupaient les calices et le bassinet. Il y avait dans le bassinet plusieurs calculs moulés les uns sur les autres, et l'aspect lisse de leur surface contiguë établit qu'il y avait frottement. Plusieurs de ces calculs sont coralliformes, parce qu'ils envoyaient des ramifications dans les calices voisins de celui dans lequel ils étaient contenus (*voy.* fig. 2'). Les reins n'ont d'ailleurs subi aucune dilatation générale, mais bien des dilatations partielles atrophiques qui résultent du volume des calculs et de la pression mécanique qu'ils ont exercée sur les calices et sur le rein lui-même. Plusieurs de ces calculs sont blancs, durs et demi transparens.

Des lésions de canalisation des reins.

Les lésions de canalisation de l'appareil des voies urinaires constituent la plus large et la plus importante partie des maladies de cet appareil si compliqué : elles embrassent tous les dérangemens qui ont lieu dans le cours des urines, les rétentions, les incontinences, les fistules, tous les obstacles par rétrécissement, par lésion organique ou vitale : elles embrassent, en outre, l'étude des sables, graviers et calculs urinaires, source si fréquente de tant de lésions de cet appareil (1). Les lésions de canalisation des reins reconnaissent presque toujours pour cause des calculs urinaires. Les sables et graviers peuvent devenir obstacle dans l'uretère et dans le canal de l'urèthre, mais jamais dans le rein. (2)

Tous les accidens que déterminent les calculs rénaux peuvent se rapporter : 1° à l'obstacle mécanique qu'ils apportent par leur présence à la libre circulation de l'urine; 2° à l'irritation qu'ils provoquent directement sur le rein et sympathiquement sur les organes plus ou moins éloignés.

Pour qu'il y ait obstacle au cours des urines par suite de la présence d'un calcul rénal, il faut que ce calcul occupe le bassinet et fasse bouchon ou soupape : aussi les rétentions d'urine dans le rein reconnaissent-elles presque toujours pour cause la présence d'un calcul ou d'un obstacle quelconque dans l'uretère.

(1) Ce point important de la science vient d'être traité avec tout le développement qu'il comporte, par M. le docteur Rayer. Voyez son ouvrage : *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire*, Paris, 1839, 1840, 2 vol. in-8. Les planches XII, XIII, XIV, XV et XVI de son magnifique atlas, sont consacrées à la pyélite calculeuse et aux calculs rénaux.

(2) J'ai eu long-temps dans mon service un malade affecté depuis longues années d'une maladie du rein gauche : il éprouvait souvent de grandes difficultés à uriner, et rendait avec les plus vives douleurs du sable blanc mêlé de mucus, avec lequel il formait un magma assez cohérent. Ce sable, mêlé de mucus, était ordinairement expulsé après l'urine, et remplissait le canal de l'urèthre, qui ne s'en débarrassait que difficilement. Ce sable était constitué par de l'urate d'ammoniaque et du phosphate ammoniaco-magnésien.

Il est rare que les calculs contenus dans les calices et le bassinet s'opposent à la circulation de l'urine, qui peut, dans le plus grand nombre des cas, suinter librement entre la surface du calcul et la poche membraneuse, dans laquelle il est contenu. Si donc ce calcul ne détermine pas, par sa présence, l'inflammation, soit de la membrane interne du rein, soit du tissu propre de cet organe, rien ne donnera l'éveil sur l'existence d'un calcul rénal, qui pourra rester inaperçu pendant longues années, s'accroître graduellement et se prolonger dans les calices, de manière à présenter assez bien la forme rameuse du corail ou d'un polypier. C'est ce que j'ai eu occasion d'observer nombre de fois à la Salpétrière, chez les vieilles femmes, lesquelles sont beaucoup plus sujettes aux calculs rénaux qu'on ne le croit généralement. La femme qui a fourni le sujet des figures 2 et 3, planche IV, XXXVI^e^ livraison, était dans cette catégorie. L'immobilité de ces calculs rameux, stalactiformes, doit sans doute favoriser leur innocuité. Le tissu du rein s'atrophie tout autour de ces calculs, et cette atrophie peut avoir lieu de deux manières, par *compression* ou par *distension :* 1° par *compression*, lorsque le calcul augmentant continuellement de volume, finit par intercepter plus ou moins la circulation dans la portion de rein qui l'embrasse; 2° par *distension*, lorsque le calcul engagé dans un calice bouche l'orifice de communication de ce calice avec le bassinet. L'atrophie par compression, de même que l'atrophie par distension, sont donc partielles ou générales, suivant que les causes de compression ou de distension agissent sur une partie ou sur la totalité du rein. Ainsi, dans quelques cas de calculs rénaux siégeant dans le bassinet, j'ai trouvé des reins petits, granuleux, jaunâtres, représentant assez bien l'état du foie, qu'on désigne sous le nom de cyrrhose. Cette altération atrophique suppose une liberté pleine et entière dans le cours des urines. (Voyez fig. 1, pl. III, XXXVI^e^ livraison.)

Dans d'autres cas de calculs siégeant dans le bassinet, on trouve le rein converti en une poche multiloculaire, dont les parois membraneuses sont constituées par le tissu propre du rein atrophié.

Pour résumer les principaux effets de la présence des calculs dans le rein, je dirai :

1° Que, dans un certain nombre de cas, ces calculs ne donnent aucun signe de leur présence;

2° Que, dans d'autres cas, ils gênent plus ou moins la circulation de l'urine et deviennent une cause de rétention plus ou moins complète; que c'est dans les cas de rétention complète que le rein acquiert des dimensions considérables et se transforme en une poche multiloculaire;

3° Que, dans d'autres cas, et quelquefois concurremment avec la rétention, les calculs déterminent une inflammation aiguë ou chronique, soit de la membrane interne des calices et du bassinet, ce qui constitue le catarrhe du rein, soit du tissu propre du rein, qui se termine par des milliers d'abcès miliaires ou par un ou plusieurs abcès plus ou moins considérables.

Occupons-nous ici un instant de l'effet le plus remarquable de la rétention d'urine dans le rein, je veux parler de sa distension ou de son *hydropisie ;* car c'est sous ce dernier nom que la distension du rein a été généralement désignée par les auteurs.

La distension du rein et sa transformation en une poche multiloculaire peut être *primitive*, lorsque l'obstacle existe dans le bassinet, ou *consécutive* lorsque l'obstacle existe dans l'uretère, dans la vessie ou dans le canal de l'urèthre.

Dans un certain nombre de cas, la distension porte exclusivement sur le bassinet et les calices, qui acquièrent le volume d'une grosse vessie, et alors le rein atrophié se trouve rejeté sur un des côtés de la tumeur; mais le plus souvent la distension porte non-seulement sur les calices, mais encore sur le tissu du rein lui-même. L'urine retenue comprime d'abord les mamelons des cônes du rein, qui s'effacent, puis la substance tubuleuse qui s'efface à son tour en s'éparpillant par suite de la distension, et finit par disparaître ainsi que la substance granuleuse, de telle façon que chaque cône plein du rein est transformé en une poche conoïde qui fait suite au calice. Pour peu qu'il existe encore vestige du tissu du rein, il y a de l'urine sécrétée; mais, lorsque le rein tout entier est transformé en membrane ou

kyste multiloculaire, dont chaque cellule remplace un cône du rein, alors le liquide contenu dans la poche rénale ne renferme aucun principe de l'urine : c'est de la sérosité pure, et la dénomination d'hydropisie du rein lui est alors bien plus applicable que celle de rétention d'urine. Toutefois, il est rare que la transformation du rein soit complète, et qu'on ne trouve pas à la surface du rein, dans les points épaissis qui séparent les bases des cônes et les cellules, quelques traces de la substance propre. C'est sur deux fœtus mort-nés que j'ai observé la transformation membraneuse du rein au plus haut degré possible. Sur l'un de ces fœtus, un seul rein, et sur l'autre les deux reins étaient convertis en autant de cellules à parois minces et transparentes, qu'il y a de cônes rénaux. Dans le premier cas, l'uretère manquait : il est probable que les deux uretères manquaient également dans le second cas. Lorsqu'il y a interception complète du cours de l'urine par oblitération de l'uretère, on ne comprend pas que la vie puisse se maintenir, et cependant il existe un grand nombre d'exemples d'individus dont l'un des reins était transformé depuis longues années en une poche multiloculaire, sans communication aucune avec la vessie. Cela s'explique par cette loi générale des maladies des appareils de sécrétion, savoir, que toute rétention complète d'un liquide excrété a pour conséquence définitive la suppression, incomplète d'abord, puis complète de la sécrétion.

La rétention d'urine dans le rein peut être intermittente. On conçoit que, lorsque la distension du rein est portée à un certain degré, la résistance qu'apporte le rein distendu à l'accumulation d'une nouvelle quantité de liquide, la dilatation qui s'étend par degrés jusqu'à la portion du canal occupée par le calcul, le déplacement de ce calcul, doivent avoir pour résultat l'évacuation du liquide : tel est le cas de cette malade de la Salpétrière, dont j'ai déjà parlé, qui entrait de temps en temps à l'infirmerie pour des douleurs néphrétiques extrêmement intenses, pendant la durée desquelles une tumeur très considérable se manifestait à la région lombaire et à la région du flanc droit, tumeur qui disparaissait subitement avec les douleurs, à la suite de l'émission spontanée d'une grande quantité d'urine purulente.

Dans un certain nombre de cas, l'obstacle au cours de l'urine ayant cessé d'exister, le rein, transformé, fournira son contingent de sécrétion morbide chaque jour à la vessie; alors les urines seront un mélange de liquide normal, sécrété par le rein du côté sain, et de liquide anormal, albumineux, purulent, ou autre, qui vient du côté malade; or, il existe un bon nombre d'exemples qui établissent que la santé a pu se concilier pendant longues années avec une pareille lésion, parce que le rein du côté sain suffit aux besoins de l'économie. L'observation de la femme Laberthe (Pl. III, XXXVI^e livr.) vient à l'appui de cette proposition.

La distension du rein peut être excessive, et cette distension produire des accidens qui paraissent nécessiter la ponction : c'est ce qui a eu lieu pour le cas représenté Pl. IV, XXXVI^e livraison; c'est ce qui a eu lieu pour un certain nombre de cas, qui sont dans le domaine de la science. Dans l'observation suivante, publiée par Corvisart (1), et qu'on peut considérer comme le type des accidens causés par la rétention d'urine dans le rein, ce grand praticien se refusa à la ponction qu'il avait inutilement mise en usage dans un cas analogue.

Voici le résumé de cette observation.

62 ans, tumeur oblongue, étendue de l'hypochondre droit à la fosse iliaque gauche; recourbée de telle manière que la concavité regarde en haut et la convexité en bas; fluctuation obscure.

Cette tumeur, qui paraissait formée par l'agglomération de plusieurs tumeurs plus petites, causait des douleurs intermittentes : elle était sensible à la pression. Depuis deux mois seulement, les douleurs avaient été assez vives pour empêcher le malade de vaquer à ses affaires : il n'avait pas un instant de sommeil.

Corvisart reconnut que la tumeur avait son siège dans le rein droit : il rappelle que, dans une circonstance semblable, le rein étant devenu le siège d'une collection séreuse et lymphatique, il avait, mais sans succès, fait pratiquer la ponction, et comme cette opération ne pouvait évidemment produire qu'un soulagement momentané, il jugea inutile d'y avoir recours. Corvisart se contenta donc de calmans et de dépuratifs, dont le malade fit usage jusqu'à sa mort, qui arriva deux mois et demi après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. Tumeur énorme, inégalement bosselée, occupant tout le côté droit de l'abdomen et une grande

(1) *Journal de médecine*, par Corvisart, Leroux et Boyer, tome VII, page 387.

partie du côté gauche. L'extrémité supérieure refoulait en haut le foie; l'extrémité inférieure occupait la fosse iliaque gauche et remplissait le détroit supérieur. Cette tumeur était formée aux dépens du rein, dont elle avait la forme. Son volume était de trente à quarante fois plus considérable que celui de l'organe dans l'état sain.

L'incision de la tumeur donna issue à sept pintes d'un liquide trouble, en partie rougeâtre, en partie jaunâtre, mêlé de flocons blancs, jaunes et verts, semblables à du mucus un peu épaissi, dans lequel la chimie démontra la présence d'une grande quantité d'albumine. L'intérieur de la tumeur était composé de poches, qui toutes s'ouvraient dans un sac commun, représentant le bassinet du rein. Dans ce sac commun, il y avait quatre calculs du volume et de la forme d'une grosse noisette, flottans librement dans cette cavité. L'uretère venait aboutir à ce sac commun ; mais il fut impossible de découvrir son ouverture inférieure, en sorte qu'il n'y avait aucune communication entre la cavité du rein dilaté et l'uretère. Les parois du kyste rénal étaient formées: 1° par le péritoine, qui lui formait une sorte de mésentère, 2° par une membrane interne, véritable membrane muqueuse, fongueuse et granuleuse; 3° par un tissu cellulaire placé entre ces deux membranes. Ces parois avaient trois lignes d'épaisseur dans les points les plus ténus; dans les autres points, elles offraient un *état d'engorgement qui participait du squirrhe non ulcéré* (ce n'était là probablement qu'une induration du tissu propre du rein). L'uretère, qui ne communiquait pas avec le bassinet, ne communiquait pas non plus avec la vessie. Dans l'intervalle, il présentait une dilatation telle que son diamètre avait dix-huit lignes. Le pus contenu dans cette ampoule ayant été évacué, l'intérieur de l'uretère présenta tous les caractères d'une membrane muqueuse. L'autre rein était parfaitement sain.

Réflexions. Ainsi le rein malade n'avait plus de conduit excréteur, et cependant la vie a pu se maintenir, ce qui tient, d'une part, à ce que le rein distendu a cessé de sécréter un liquide morbide; d'une autre part, à ce que le rein malade a été suppléé par le rein sain. Supposez une rétention complète de bile, survenue dans le foie, organe impair, et vous aurez des accidens incompatibles avec la vie.

Le rein distendu peut s'enflammer, un abcès se former dans le tissu cellulaire ambiant. Cet abcès peut s'ouvrir à l'extérieur dans la région lombaire, et c'est probablement ainsi que se sont établies les fistules rénales dans le petit nombre de cas où elles ont été observées. Je ne sais si la ponction a été pour quelque chose dans l'abcès sous-diaphragmatique observé dans le cas suivant (1). Un malade présentait une tumeur fluctuante extrêmement considérable dans la région du rein. Une ponction, jugée nécessaire, donna issue à une quantité considérable de pus. Le malade alla bien pendant huit jours: il succomba le quinzième. A l'ouverture, on trouva un abcès très considérable intermédiaire au diaphragme, à la rate et au rein. Cet abcès communiquait largement avec la cavité du rein, qui était converti en une vaste poche, dans laquelle venaient s'ouvrir, à la manière d'appendices, un grand nombre de cavités sphéroïdales, dont chacune correspondait à un cône du rein. L'uretère était complètement oblitéré dans le point où il fait suite au bassinet.

Enfin les reins, transformés en poche purulente, peuvent s'ouvrir dans le colon. Cette terminaison, que l'on considère généralement comme favorable, puisqu'elle permet l'évacuation de la poche rénale dans la cavité du colon, peut avoir les conséquences les plus funestes, attendu qu'un de ses effets est le passage des matières fécales de l'intestin colon dans la poche rénale. Le fait représenté planche IV, XXXVI^e^ livraison, démontre ce passage d'une manière incontestable.

(1) Observation et pièce communiquées à la Société anatomique par M. Sazie, alors interne de l'hôpital Necker.

MALADIES DES REINS.

(PLANCHE V, XXXVI^e LIVRAISON.)

EXPLICATION DES FIGURES.

FIG. 1. — *Phlébite rénale.*

La figure 1, planche v, xxxvi^e livraison, représente une phlébite rénale, observée chez une femme morte à la Maternité pendant une épidémie de typhus puerpéral. La phlébite est exactement limitée à la veine rénale, et ne déborde en aucune façon son embouchure dans la veine-cave: elle se termine, d'une autre part, abruptement après les premières divisions de la veine rénale. Le caillot est adhérent dans le tronc de la veine rénale et sans adhérence dans les divisions. Au centre de ce caillot était du pus cohérent. Le tissu du rein est pâle, mais sain.

Ce n'est pas la première fois que j'ai rencontré des phlébites rénales, indépendantes de la phlébite de la veine-cave et de celle de la veine ovarique gauche. Je ferai observer, d'une autre part, que l'embouchure des veines rénales est presque toujours la limite des phlegmasies de la veine-cave.

Comment se rendre compte de ces phlegmasies circonscrites à un point isolé du système veineux? Pourquoi cette inflammation limitée aux grosses veines, les veines capillaires étant parfaitement intactes?

Le pus contenu au centre du caillot était parfaitement enkysté, comme cela a lieu généralement, comme je l'ai presque toujours observé. On sait le parti que M. le docteur Tessier (1) a tiré de cet enkystement du pus contre la théorie de la phlébite, comme cause des abcès viscéraux, suite des plaies ou des opérations chirurgicales: puisqu'à toutes les périodes de l'inflammation veineuse, dit cet observateur dans un travail fort remarquable, le pus est séquestré dans le canal de la veine enflammée par des caillots ou des fausses membranes; le passage du pus dans le sang est donc impossible. D'un autre côté, se fondant sur un certain nombre de faits où l'examen le plus attentif n'a pu faire découvrir la moindre trace de phlébite, malgré l'existence de nombreux abcès dans les différens points de l'économie, il conclut que les doctrines de la phlébite et de la résorption purulente sont *fausses dans leur principe, leur méthode, leur théorie, et à-peu-près nulles dans leur application;* et, dans l'ardeur qui l'entraîne contre la phlébite, il va jusqu'à dire que, même en admettant le passage du pus dans le sang, on ne peut expliquer par ce mélange les altérations pathologiques qu'on lui attribue.

A la doctrine de la phlébite si compacte, si bien liée, appuyée sur un si grand nombre de faits et d'expériences qui établissent l'infection du sang par le pus formé dans une veine enflammée, déposé en nature dans le torrent de la circulation et porté de là dans tous les capillaires, où il agit à la manière d'un corps étranger irritant, quelle théorie a substitué M. Tessier? La théorie de l'altération du sang par la *diathèse purulente.* Mais qu'est-ce que la diathèse purulente? C'est, dit-il, une *modification* de l'organisme caractérisée par la *tendance* à la production du pus dans les solides et les liquides coagulables de l'économie, et cette disposition purulente reconnaît surtout pour cause la réunion de nombreux malades dans la même salle, les influences morales tristes, les douleurs très vives supportées pendant les opérations, etc.

(1) Voyez l'*Expérience, Journal de médecine et de chirurgie*, Paris, 1838, tome I, page 545; tome II, pages 1 et 81. — *Bulletinde l'Académie royale de médecine*, Paris, 1840, tome VI, pages 14 et suivantes.

Quelles sont les preuves de l'existence de cette diathèse purulente ? Je cherche en vain dans le mémoire de M. Tessier des faits positifs à l'appui de cette doctrine qui n'est autre chose que l'humorisme de l'ancienne école rajeuni, je n'y trouve que des preuves négatives; savoir : 1° L'insuffisance des preuves sur lesquelles repose la théorie de la phlébite: dans la phlébite suppurée, le pus étant toujours séquestré par des caillots ou des fausses membranes à toutes les périodes de l'inflammation veineuse, il ne peut pas y avoir passage du pus dans le sang; 2° les mêmes altérations que l'on a vues *assez souvent* coïncider avec la présence du pus dans les veines se sont présentées dans des cas où l'autopsie n'a pas fait découvrir la moindre trace de pus dans les vaisseaux.

Jusqu'à ce que des preuves nouvelles et directes nous aient été fournies, je ne considérerai donc la diathèse purulente, cette *modification inconnue* de l'organisme, cette *tendance* des solides et des liquides à la production du pus, que comme une hypothèse gratuite qui tombe devant ce grand fait, que l'introduction directe du pus, du mercure, d'un corps étranger dans le système veineux a pour résultat des phénomènes identiques à ceux de la phlébite suppurée, suite de plaies ou d'opérations chirurgicales. Que le sang puisse s'infecter directement par d'autres voies, par l'inoculation, par l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ; qu'une mauvaise alimentation, que de mauvaises conditions atmosphériques puissent infecter indirectement le sang dans des circonstances particulières, ce n'est pas là la question ; je suis loin de nier tout cela ; mais ce que je soutiens, c'est l'intoxication de l'économie par le pus de la phlébite suppurée, comme source des abcès viscéraux à la suite des plaies et des opérations chirurgicales.

Sans doute on n'a pas trouvé de phlébites initiales, comme source d'infection du sang, dans tous les cas d'abcès viscéraux, suite de plaies ou d'opérations chirurgicales. Mais a-t-on toujours bien cherché ces phlébites? Pour mon compte, j'en ai trouvé plusieurs fois dans des cas où d'autres n'avaient pas été aussi heureux. Les phlébites osseuses surtout sont une source féconde et souvent ignorée des abcès dits métastatiques, et le nombre des abcès multiples, sans point de départ dans une veine enflammée, va diminuant à mesure que les autopsies sont faites avec plus de soin et dans une meilleure direction.

Quant au grand argument dirigé contre la phlébite, savoir : la présence d'un caillot sanguin aux limites de la suppuration de la veine, la séquestration du pus, je dirai d'abord que cette séquestration du pus n'est peut-être pas aussi constante qu'on veut bien le dire ; que dans les phlébites osseuses, en particulier, soit du crâne, soit du fémur, soit du tibia, je n'ai vu autre chose que des cellules blanchies par le pus à côté de cellules remplies de sang non coagulé ; que dans un certain nombre de cas j'ai trouvé le pus séparé du sang en circulation par un caillot disposé en membrane n'ayant qu'une demi-ligne d'épaisseur. Mais j'admets que la circonscription du pus par un caillot soit constante et complète, ne serait-il pas possible d'expliquer le mélange du pus et du sang autrement que par une large communication ouverte entre le foyer veineux purulent et le sang? L'infection du sang ne pourrait-elle pas avoir lieu par un simple phénomène de capillarité? Le phénomène de l'exosmose et de l'endosmose auquel on a fait jouer un rôle si exagéré dans l'économie en l'appliquant à des choses qui sont du domaine exclusif de la vitalité (1), ce phénomène de l'exosmose et de l'endosmose ne s'applique-t-il pas ici dans toute sa plénitude? Le pus ne peut-il pas s'*imbiber* à travers le caillot obturateur et se mêler au sang liquide? Ne voit-on pas tous les jours un phénomène analogue dans la phlébite suppurée, dans les fausses membranes des séreuses?

Lorsqu'une phlébite, d'adhésive qu'elle était d'abord, devient suppurative, le pus occupe constamment le centre du caillot sanguin, *jamais* le pus n'est intermédiaire à la paroi veineuse et au caillot : or, d'où provient ce pus? Il ne peut venir que de deux sources, ou bien c'est un

(1) Dutrochet, *Mémoires pour servir à l'histoire anatomique et physiologique des végétaux et des animaux*, Paris, 1837, tome 1, pages 1 et suivantes.

produit de sécrétion de la veine, ou bien c'est un produit de sécrétion du caillot; mais le caillot sanguin n'est pas doué de la vie; le caillot peut éprouver des changemens de densité, de couleur, d'épaisseur, mais dans aucun cas, dans aucune condition possible, qu'il soit dans une poche anévrismale, dans une varice ou dans le tissu cellulaire, par cela seul qu'il est coagulé, le sang ne donne plus signe de vie, à plus forte raison n'est-il pas susceptible du grand phénomène de l'inflammation et de la suppuration.

Or, si le pus contenu au centre du caillot ne vient pas du caillot lui-même, il vient donc des parois veineuses; et, s'il vient des parois veineuses, il filtre à travers les couches les plus extérieures, qui sont en même temps les plus cohérentes du caillot, pour être déposé au centre moins cohérent de ce caillot.

Je sais bien que, dans ces derniers temps, la présence du pus au milieu des caillots sanguins a été expliquée d'une manière bien plus commode par les observateurs micrographes. La transformation des caillots sanguins en pus se conçoit facilement, disent-ils, car ces caillots sont déjà dépouillés de leur matière colorante et ne sont plus constitués que par la fibrine. Or, ajoutent-ils, il est démontré par les expériences chimiques et microscopiques du docteur Mandl (1) que les globules du pus sont des globules de fibrine et qu'il n'y a pas de différences réelles entre eux et les globules blancs du sang.

Que le pus vienne du sang, que les globules du sang vivant, du sang en circulation se transforment en globules purulens, cela me paraît infiniment probable; mais admettre que le caillot sanguin puisse se transformer en pus, que le grand phénomène de la suppuration puisse se passer au sein d'un caillot sanguin que tous les faits démontrent incapable de toute vitalité, voilà ce que je ne saurais admettre.

Quant à la démonstration de cette proposition, que le sang coagulé est incapable de toute vitalité, qu'il se comporte constamment à la manière d'un corps étranger, inoffensif dans un grand nombre de cas, les preuves abondent, et je prie les personnes qui ne partagent pas mon opinion, de citer un seul fait positif qui établisse que le sang coagulé ait été capable de maladie, c'est-à-dire de vie; sous ce rapport le sang coagulé diffère essentiellement des fausses membranes qui s'organisent de la manière la plus évidente. Il en est de même des produits de sécrétion qui occupent les cavités des fausses membranes: les fausses membranes, qui ne sont pas encore organisées, mais qui datent de quelques jours, sont composées de couches concentriques de densité différente. Or, constamment les couches les plus extérieures, celles qui avoisinent la plèvre, le péricarde ou toute autre membrane séreuse, ont une densité de beaucoup plus considérable que les couches les plus intérieures, qui présentent, pour ainsi dire, les premiers linéamens de la fausse membrane et qui ont certainement été formées les dernières; comment ces couches les moins cohérentes, les plus intérieures, c'est-à-dire les plus éloignées de la membrane séreuse, et qui, par conséquent, ont été formées les dernières, comment et par quoi ont-elles été sécrétées? Ce n'est pas par la couche pseudo-membraneuse adjacente qui est à peine disposée en membrane; ce ne peut pas être non plus par la couche plus voisine de la séreuse que nous avons supposée ne pas être encore organisée; ce ne peut donc être que par la membrane séreuse elle-même, dont les produits de sécrétion, au lieu de se déposer entre la séreuse et la couche pseudo-membraneuse contiguë, filtrent à travers toutes les couches jusqu'à la surface libre. Le même raisonnement s'appliquerait parfaitement à la fausse membrane organisée dans ses couches les plus extérieures.

Je conclus que, pour expliquer le mélange direct du pus et du sang dans la phlébite suppurée, il n'est pas nécessaire d'admettre l'absence de tout caillot aux limites de la collection purulente; que ce mélange peut s'effectuer même à travers les caillots par suite de l'imbibition.

(1) *Anatomie microscopique*, Paris, 1839, IV^e^ livraison, Du Pus, in-fol. fig. — *Traité pratique du microscope*, Paris, 1839, in-8, page 117.

FIG. 2 et 2′.

Les figures 2 et 2′ représentent des loupes graisseuses développées dans l'épaisseur de la substance corticale du rein. C'est la première fois que j'ai observé des productions graisseuses dans le rein. L'atrophie de cet organe accumule souvent la graisse dans son enveloppe adipeuse, mais jamais dans l'épaisseur de son tissu propre. Sous ce rapport, il y a une différence énorme entre les reins et le foie. Il serait curieux d'établir une hiérarchie entre les organes sous le rapport de leur compatibilité et de leur incompatibilité pour la graisse. Ainsi la rate, les corps caverneux, les poumons, l'utérus, sont des organes incompatibles avec la graisse. Il en est de même du cerveau et de la moelle. La transformation et les productions adipeuses n'y ont jamais été observées, tandis que les muscles, le foie (1), les glandes salivaires, le tissu cellulaire séreux sont très fréquemment le siège d'un développement adipeux.

FIG. 3.

Le rein représenté figure 3 m'a paru remarquable par le développement de la substance corticale et par l'atrophie de la substance tubuleuse. La nuance de sa couleur, qui tend au jaune, m'a semblé digne d'être notée. Je n'ai d'ailleurs aucun renseignement sur le sujet qui a fourni cette pièce, et je suis porté à croire que ce rein ne dépasse pas la limite de l'état normal.

(1) M. le docteur Bouvier vient de publier une observation intéressante: Matière graisseuse d'un foie gras de phthisique (*Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1840, tome v, page 393).

CANCER DE LA MAMELLE.

Cancer de la mamelle chez l'homme.

(Planche iv, xxiv^e livraison.)

Les cas de cancer mammaire sont aussi rares chez l'homme qu'ils sont fréquens chez la femme, différence sexuelle qui s'explique aisément par le rôle que joue la glande mammaire, qui n'est qu'à l'état de vestige dans le sexe mâle. Or, bien qu'il n'y ait pas dans l'économie un lieu si petit, si peu vivant qu'il soit, qui n'ait été vu envahi par le cancer, cependant, toutes choses égales d'ailleurs, une surabondance de développement et de vie exerce sur la prédisposition au cancer, comme d'ailleurs sur celle à toutes les maladies, une influence non équivoque.

J'ai vu trois fois le cancer mammaire chez l'homme : une première fois chez un roulier âgé de 70 ans; la tumeur avait le volume d'une pomme ordinaire; elle était dure, ulcérée : j'en fis l'ablation, et le malade guérit très bien. Trois ans après, elle n'avait pas repullulé.

Une seconde fois, j'ai vu un cancer à la Maison royale de santé. C'est le cas figuré pl. iv, xxiv^e livraison.

Enfin, tout récemment, M. Stanski a présenté à la Société anatomique une portion du squelette d'un homme de Bicêtre, qui, à la suite d'un cancer mammaire extirpé et qui a repullulé, a succombé avec tous les symptômes d'une infection cancéreuse générale. Voici les remarques que j'ai pu faire sur la portion de squelette qui a été soumise à l'examen de la Société.

Le sternum, qui n'est nullement déformé, a la souplesse d'un muscle ou d'un tendon, ou mieux celle que lui aurait donnée l'immersion prolongée dans l'acide nitrique étendu d'eau. Il en est de même des clavicules qui ont conservé leur forme, leur double courbure et leur longueur, mais qui ont doublé d'épaisseur. Ces os, sternum et clavicules, sont entièrement carnifiés; on n'y trouve pas vestige de tissu osseux. Les omoplates sont dans l'état de plus parfait d'intégrité.

Les côtes droites et les côtes gauches ont inégalement subi la dégénération; plusieurs, et en particulier la septième, la quatrième, la troisième, la deuxième et la première côtes droites (c'était à droite qu'existait le cancer mammaire) sont carnifiées dans la moitié antérieure de leur longueur. La partie carnifiée a la même forme et un peu plus de grosseur que la partie non carnifiée. Les cartilages costaux ont été respectés. Leur extrémité externe a servi de limite à l'altération. Plusieurs de ces côtes ont été fracturées, non dans la portion complètement carnifiée, cela était impossible, vu la souplesse des os, mais bien dans celle qui l'est incomplètement. La sixième côte avait été fracturée à un pouce du cartilage; la cinquième présentait deux solutions de continuité. Il était aisé de voir qu'au niveau de ces fractures, les côtes étaient creusées d'un canal rempli de tissu dégénéré, ce qui avait singulièrement diminué leur résistance.

Il est à remarquer qu'à l'exception de deux ou trois côtes qui ont subi la dégénération dans leur continuité, à une certaine distance des cartilages, la carnification de toutes les autres a débuté par l'extrémité antérieure.

Une autre remarque non moins importante est celle-ci : à droite, le grand pectoral

ayant été envahi, on pourrait supposer que l'altération s'est propagée aux côtes par continuité de tissu, de même qu'elle s'était propagée de la glande mammaire aux muscles subjacens; mais à gauche, l'altération des os était indépendante de toute lésion voisine, et c'est évidemment par l'os lui-même qu'a débuté la dégénération; car les muscles, la glande mammaire et la peau étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité.

Le tibia n'a éprouvé aucun changement ni dans sa forme ni dans son volume; sa partie moyenne est carnifiée dans toute son épaisseur. A ce niveau, le canal médullaire est plein; la moelle est remplacée par un tissu cancéreux qui se continue sans ligne de démarcation avec le tissu également cancéreux de l'os.

Dans d'autres points, la dégénération a débuté, tantôt par les couches les plus superficielles de l'os : il semble alors que la lame profonde du périoste devenu cancéreux envoie des prolongemens dans l'épaisseur de l'os; tantôt par les couches moyennes ou le centre du tissu compacte, où quelques fibres osseuses sont remplacées par du tissu cancéreux; ailleurs enfin par les couches les plus profondes. Aux extrémités de l'os, la dégénération a la forme de tubercules ou petites masses irrégulières, occupant des espèces de géodes, dont les unes avoisinent la surface de l'os, dont les autres avoisinent le canal médullaire, et dont les autres enfin sont comme emprisonnées dans l'épaisseur de l'os.

Le tissu cancéreux était d'ailleurs très dense, blanc, résistant à la manière d'un corps fibreux : il était pénétré de suc cancéreux peu abondant. Le cancer fibreux est la forme la plus commune du cancer des os.

EXPLICATION DES FIGURES.

Cancer fungiforme de la mamelle.

Le cancer représenté pl. IV, XXIV^e^ livraison, appartenait à un homme âgé de 40 ans environ, sur lequel M. le docteur Manry, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a eu l'obligeance de me donner les renseignemens suivans :

Cet homme faisait remonter la cause de sa maladie à un coup d'épée qu'il reçut à la mamelle en se battant en duel. Cette blessure, légère en apparence, se cicatrisa incomplètement. Il resta tout autour une induration douloureuse qui, au bout d'un temps assez long, proémina en deux ou trois petits mamelons : la peau changea de couleur, s'excoria, et bientôt se développèrent tous les caractères du cancer ulcéré.

Le malade, qui habitait la province, fut soumis à divers traitemens; on insista particulièrement sur le régime antiphlogistique, après quoi on enleva la tumeur avec l'instrument tranchant.

La plaie résultant de cette ablation ne se cicatrisant pas et prenant la physionomie cancéreuse, le malade vint à Paris, où il fut soumis à l'observation de M. Manry, de M. Paul Dubois et de plusieurs autres confrères.

Les antécédens, l'apparence spécifique de l'ulcération engagèrent M. Manry a soumettre le malade à la décoction de Zittmann, moyen qui fatigua beaucoup, détermina de l'amaigrissement, sans modifier en rien les symptômes existans.

Ce fut alors que le malade, étant menacé d'une fin prochaine sous la double influence des hémorrhagies et de la gangrène, se décida à entrer à la Maison royale de santé, où M. Paul Dubois, alors chirurgien de cette maison, pratiqua l'amputation du fungus cancéreux : le grand pectoral, qui adhérait à une partie de la base de la tumeur, fut emporté bien au-delà des limites de l'adhérence. C'est ce fungus cancéreux que nous avons représenté. Bien que l'ablation eût été aussi complète que possible, et pratiquée aux dépens des parties saines; bien que les glandes de l'aisselle fussent dans l'état le plus parfait d'intégrité, la maladie repullula : après un an ou dix-huit mois d'un traitement palliatif, on enleva de nouveau la masse cancéreuse et on cautérisa profondément avec le fer rouge : mais cette opération n'eut pas des suites plus heureuses que la première; bientôt survinrent de l'oppression qui décelait un épanchement dans la poitrine, l'infiltration des membres inférieurs et un amaigrissement rapide : c'est dans ce fâcheux état que le malade quitta Paris pour retourner dans sa province, où il mourut quelques mois après.

La fig. 1 représente un fungus d'une horrible fétidité, laquelle semblait résulter d'un mélange d'odeur gangréneuse et d'odeur cancéreuse; ce fungus était le siège d'hémorrhagies continuelles qu'arrêtait difficilement la compression, et qui épuisaient le malade.

La tumeur lobuleuse et mamelonnée semble résulter de la juxta-position de mamelons lobuleux d'inégal volume, dont la plupart sont gangrénés à leur surface ou dans une partie de leur épaisseur. Quelques-uns de ces mamelons sont recouverts par une membrane mince et vasculaire, qu'on pourrait considérer comme la peau amincie ou comme une couche superficielle de la peau dégénérée dans toute son épaisseur. L'œil, armé d'une loupe, distinguait, à travers la transparence de cette couche superficielle, des alvéoles fibreuses remplies d'une substance gélatiniforme, demi transparente. Il a dès-lors été évident que ces gros mamelons étaient formés aux dépens du corps même de la peau, dont les mailles étaient pénétrées de suc cancéreux gélatiniforme.

La coupe de la tumeur (fig. 2) représente un tissu blanc, demi transparent, s'écrasant en grumeaux sous les doigts, présentant beaucoup de rapports, pour l'aspect et le ton de la couleur, avec le mets connu sous le nom de blanc-manger. L'étude attentive de ce tissu m'a montré que d'une base généralement molle, dense seulement dans quelques points, partaient des prolongemens lamelleux ou plutôt fibreux juxta-posés, se séparant avec la plus grande facilité, et se terminant à la surface des mamelons : entre ces prolongemens lamelleux, que je ne puis mieux comparer qu'aux longues papilles que présente le cancer fungiforme de la muqueuse gastrique ou intestinale, se voyait du sang qui se présentait sous trois états bien distincts : 1° ici des gouttes globuleuses, de petites taches de sang disséminées au milieu d'un tissu blanc; 2° là, petits foyers de sang sans parois; 3° vaisseaux noueux, tantôt suivant la direction des fibres, tantôt perpendiculaires à cette direction, jamais ramifiés, formant quelquefois des anses. On aurait dit que ces petits courans sanguins étaient cohibés par des parois vasculaires, mais que j'ai vainement cherchées. Je ferai observer que le sang était liquide et qu'il s'écoulait en totalité lorsqu'on ouvrait les canaux dans lesquels il était contenu.

La substance qui avoisinait la surface des mamelons était convertie en une pulpe qui avait beaucoup d'analogie pour l'aspect avec la pulpe cérébrale, et cette pulpe, pénétrée de foyers de sang, avait elle-même beaucoup d'analogie avec l'aspect du cerveau dans l'apoplexie capillaire.

Dans l'épaisseur de quelques mamelons de la circonférence non encore entamés par la gangrène, j'ai trouvé des cavités ou géodes irrégulières, remplies de substance caséeuse, jaunâtre, granulée à la manière du riz cuit. Je considère cet état comme constituant la suppuration des tissus cancéreux.

Du reste, les parties envahies par le cancer étaient la peau, la glande mammaire et le tissu adipeux sous-cutané : le grand pectoral, quoique adhérant intimement à une partie de la tumeur, n'était pas encore envahi. On voit (fig. 2) la coupe de la portion du muscle qui a été emportée.

Réflexions. — Le cancer fungiforme mamelonné dont je viens de donner la description est essentiellement distinct du cancer mamelonné non fongueux qu'on observe si souvent à la mamelle. Dans celui-ci, la peau n'est que consécutivement envahie. Les bosselures sont formées par la glande mammaire et par le tissu adipeux sous-cutané dégénérés. La peau ne participe qu'en dernier lieu à la dégénérescence; elle semble s'ulcérer par amincissement, par usure autant que par suite de l'altération cancéreuse. Dans celui-là, au contraire, la peau acquiert un développement prodigieux, et se convertit en une espèce de champignon mamelonné, encéphaloïde et gélatiniforme, dans lequel il est presque impossible de reconnaître les élémens de la peau.

Nous voyons, par l'enchaînement des faits, s'opérer, en quelque sorte sous nos yeux, la génération des vaisseaux accidentels du tissu cancéreux, génération qui a beaucoup d'analogie avec celle qu'on observe dans le développement du poulet. Au milieu de ce tissu apparaissent d'abord des points de sang, des gouttelettes, des caillots, puis des vaisseaux sans parois; plus tard viennent les parois. Ces vaisseaux sont des veines dont la circulation est indépendante de la circulation générale et qui ne s'injectent ni par les veines, ni par les artères. Jamais on ne rencontre d'artères de nouvelle formation dans les tissus accidentels. Les changemens que subissent les artères ont lieu en dehors de l'altération organique. Ils consistent dans un développement qui est en rapport avec le développement de l'organe et l'accroissement considérable qu'a subi son mouvement nutritif.

On voit encore que les mamelons du cancer fongueux sont indépendans les uns des autres; car l'un se gangrène, tandis que le mamelon voisin ne se gangrène pas. La gan-

grène est une suite fréquente de l'irritation subie par les tissus dégénérés. Toute irritation un peu considérable exercée sur une tumeur cancéreuse a pour résultat la gangrène : les hémorrhagies s'expliquent par les foyers de sang dont est creusée la tumeur, et leur intensité s'explique par la liquidité du sang. Ces hémorrhagies, que je regarde comme veineuses, doivent être bien distinctes des hémorrhagies artérielles qui arrivent si souvent dans le cancer ulcéré par suite de l'érosion des parois des vaisseaux artériels, et qu'il est d'autant plus difficile d'arrêter, que ces vaisseaux, devenus excessivement fragiles, ne se prêtent nullement à l'application de la ligature.

MALADIES DE LA MAMELLE.

Cancer.

(PLANCHE I, XXVI^e LIVRAISON.)

EXPLICATION DES FIGURES.

La mamelle représentée pl. 1, a été amputée par M. Jules Cloquet qui a bien voulu me l'adresser avec son obligeance accoutumée.

Le sujet de cette observation est une femme âgée de 48 ans, d'une forte constitution, encore réglée, mais moins abondamment que de coutume : elle affirmait que la maladie datait d'un an seulement, et que depuis six mois, la mamelle avait doublé de volume. Du reste, la malade est plus incommodée par le poids de la tumeur que par des douleurs proprement dites. Aucune cause connue, ni morale, ni physique, ne paraît lui avoir donné naissance : la malade était commissionnaire et menait une vie extrêmement active.

Fig. 1. La peau était mobile sur la tumeur qui présentait une forme sphéroïdale, et qui était lobuleuse et enkystée. J'ai cru d'abord que cette tumeur siégeait dans la glande mammaire; mais j'ai retrouvé cette glande saine, atrophiée, reléguée sur un des côtés de la tumeur. Le tissu adipeux paraissait également étranger à sa formation.

La tumeur est fluctuante, à la manière d'une collection de liquide, dans une partie de son étendue, dans celle où se voient des ramifications vasculaires; dans d'autres points, elle offre une apparence de fluctuation : enfin, elle est d'une consistance ferme dans le reste de son étendue.

A travers l'enveloppe fibreuse fort mince qui la recouvrait, on voyait que le tissu de la tumeur était demi transparent, d'aspect gélatiniforme.

La fig. 1′ représente la tumeur divisée. La portion K, qui répondait à la partie fluctuante de la tumeur appartenait à un kyste rempli d'une matière visqueuse, filante à la manière de la synovie. La partie inférieure TA de ce kyste présentait une disposition aréolaire fort remarquable : les aréoles que constituaient des filamens noueux étaient remplies par un liquide d'apparence synoviale. La partie supérieure du kyste était parcourue par des vaisseaux veineux, longs, filamenteux, comme chevelus.

Les coupes faites dans les régions de la tumeur autres que celles qui répondent au kyste présentent un aspect lobuleux (voyez fig. 1′). La substance de cette tumeur est partout pénétrée d'un liquide filant, visqueux comme la synovie, qui englue les doigts et qui est accumulé dans de petites cellules ou aréoles creusées au centre de quelques-uns de ces lobules.

Au reste, la consistance, la vascularité de ces lobules présentent beaucoup de variétés. Ainsi, il en est qui sont mous, transparens, tremblotans à la manière de la gélatine; d'autres sont denses, résistans, comme fibreux : ces lobules se divisent en lobules plus petits, et bien qu'on ne voie par les cloisons qui les séparent, cependant, en pressant la tumeur, on éprouve, sauf le volume, sauf la densité, la même sensation que le corps vitré fait éprouver entre les doigts.

J'ai dit que le développement vasculaire présentait beaucoup de variétés : la vascularité consistait dans de petits vaisseaux capillaires, disséminés, à peine visibles à l'œil nu, mais très visibles à la loupe. Au centre de quelques lobules, on trouvait de gros vaisseaux veineux qui ressemblaient à de petites masses de sang, et cette disposition vasculaire s'observait surtout dans les lobules creusés de cellules remplies de suc d'apparence synoviale.

Les figures 2 et 3 sont destinées à représenter les aspects divers de la substance de la tumeur. La fig. 3 donne une idée exacte de la demi-transparence et de l'aspect du plus grand nombre des lobules; la fig. 2 est l'image fidèle du développement veineux observé dans l'épaisseur de certains lobules : on y voit des épanchemens de sang, des espèces d'insulæ, des multitudes de petits arbres circulatoires de nouvelle formation, entièrement veineux comme d'ailleurs dans toutes les productions accidentelles.

Réflexions. — La tumeur lobuleuse dont je viens de donner une description détaillée est

une des nombreuses formes des maladies connues sous le nom de *cancer des mamelles ;* mais quel rapport y a-t-il entre cette forme et la forme ulcéreuse, atrophique, entre les caractères anatomiques de cette tumeur et ceux de l'encéphaloïde, du squirre?

Toujours est-il que les tumeurs de cette espèce sont assez fréquentes, qu'elles sont enkystées, qu'elles se rapprochent par la densité des tumeurs fibreuses ou corps fibreux de l'utérus; qu'au lieu de suc cancéreux, elles sont pénétrées de suc synovial; qu'elles sont quelquefois creusées de géodes remplies d'un liquide d'apparence synoviale; que leur tissu ne présente point de disposition linéaire, mais bien une disposition lobuleuse ou granuleuse; qu'elles offrent peu de vascularité dans le principe, lorsque cette tumeur reste stationnaire; mais qu'à une période plus avancée elle offre une grande vascularité, en même temps qu'une plus ou moins grande quantité de suc d'apparence synoviale infiltre la tumeur : que c'est à cette période avancée que la tumeur peut acquérir en très peu de temps un volume considérable et déterminer des douleurs qui dépendent bien plus encore de son poids et de son volume que de sa nature. Ces tumeurs ordinairement uniques sont quelquefois multiples, elles occupent tantôt le centre et tantôt la circonférence de la glande mammaire; dans tous les cas, leur circonscription parfaite, leur forme sphéroïdale, leur consistance, leur mobilité, leur isolement parfait des parties voisines, permettent de les distinguer du tissu de la glande en même temps qu'elles les différencient de toutes les autres tumeurs mammaires, les kystes exceptés.

Du reste, il m'a paru que ce n'est pas ordinairement aux dépens de la glande mammaire proprement dite que se développent ces tumeurs : si c'était aux dépens de cette glande, ce devrait être dans un espace très limité, si bien que le reste de la glande étant intact, sauf la petite portion qui a été envahie, on dirait que c'est au sein mais non dans la propre substance de la glande que la tumeur s'est produite.

L'histoire anatomique et pathologique de ces tumeurs, que nous pourrions appeler *corps lobuleux et fibreux de la mamelle* n'est pas encore faite : voici quelques détails qui pourront concourir à jeter quelque lumière sur ce sujet, d'autant plus important que la guérison des cancers mammaires par l'amputation est encore une question en litige, et que la solution de cette question est subordonnée à la détermination de la nature des maladies comprises sous le titre de cancer.

M. Blandin a présenté à la Société anatomique et j'ai étudié avec beaucoup de soin une mamelle qu'il avait extirpée le même jour. Elle était du volume de la tête d'un enfant de six mois, sphéroïdale, enkystée, lobuleuse, parfaitement mobile en tous sens, excepté dans un point où la peau présentait une ulcération circulaire faite comme avec un emporte-pièce : la peau qui revêtait la tumeur était d'ailleurs rouge, extrêmement amincie, demi transparente dans les points qui répondaient aux lobules les plus proéminens. Elle avait au contraire son épaisseur naturelle dans les points intermédiaires. J'ai pu déterminer la manière dont procède l'usure de la peau : des vaisseaux veineux, flexueux, se manifestent à sa face profonde et deviennent visibles à travers le derme aminci et l'épiderme; le derme s'atrophiant de plus en plus, est le siège d'une érosion. Ce qu'il faut bien constater, c'est que, dans ce cas, la plaie de la peau n'est pas un ulcère cancéreux, mais bien une solution de continuité par distension : cette tumeur, dont la malade ne s'était aperçue que depuis dix-huit mois, stationnaire ou à-peu-près pendant un an, avait fait dans les six derniers mois les plus rapides progrès. Je n'ai pas noté l'âge de la malade.

La tumeur était enkystée. C'était par son kyste que la tumeur adhérait à la peau dans les points rouges et proéminens, c'est-à-dire dans les points les plus saillans des lobules.

Ce kyste, qui était de nature fibreuse, n'adhérait à la tumeur que dans ces mêmes points; dans le reste de son étendue il était libre d'adhérences, et on eût dit que cette poche fibreuse, semblable à la dure-mère ou au péricarde, était tapissée par une membrane séreuse laquelle se serait réfléchie sur les lobules de la tumeur. Les kystes des produits acciden-

tels se divisent en effet en kystes adhérens, et en kystes non adhérens, distinction très importante.

Une coupe de la tumeur m'a présenté une disposition lobuleuse non moins prononcée au centre qu'à la circonférence. Au centre d'un assez grand nombre de lobules, j'ai trouvé dans chaque lobule une cavité ou géode; en outre, au centre de la tumeur, j'ai trouvé une cavité libre et lisse, fort peu régulière, formée par la simple juxta-position de plusieurs lobules : cette cavité à surface libre et lisse était humectée de suc visqueux, synovial, comme si les lobules qui la constituaient avaient été revêtus d'une membrane séreuse ou synoviale; il suit de là qu'on pouvait étaler cette portion de tumeur en une membrane fibreuse surmontée par un certain nombre de lobules de forme pyramidale.

Indépendamment de cette cavité centrale formée par la juxta-position de lobules sans adhérence entre eux, la cavité centrale ou géode particulière à un certain nombre de lobules était formée par la juxta-position sans adhérence d'une multitude de granulations; de telle sorte qu'en incisant ces lobules sur un des points de leur circonférence, on pouvait les renverser de manière à leur faire représenter une poche dont la surface extérieure, hérissée de granulations, correspondait au centre du lobule; tandis que la surface interne de cette même poche répondait à la surface du lobule.

Tout était régulier dans la disposition de cette tumeur, la tumeur se divisait en lobules, les lobules se divisaient en granulations tantôt adhérentes entre elles, tantôt libres d'adhérences, et c'est dans ce dernier cas seulement qu'on pouvait renverser le lobule sur lui-même.

La couleur de cette tumeur était blanchâtre, à la manière d'une glande salivaire : au premier abord, on eût dit qu'elle ne contenait pas de vaisseaux sanguins, mais à la loupe et même à l'œil nu, on voyait de petits vaisseaux veineux très nombreux et très ténus, dont les uns rampaient à la surface des lobules, dont les autres étaient contenus dans leur épaisseur. En examinant avec attention les granulations elles-mêmes, je vis que leur surface était parcourue par des vaisseaux excessivement déliés.

Exprimé, le tissu de cette tumeur donna non du suc cancéreux, mais un liquide synovial.

Certes, cette altération ne ressemble à aucune des formes cancéreuses généralement décrites. On l'a appelée, je crois, *cancer colloide à l'état de crudité;* mais le cancer colloïde, c'est-à-dire le cancer aréolaire gélatiniforme ne présente pas d'état de crudité : l'observation m'a prouvé depuis long-temps que la distinction des périodes de crudité et de ramollissement des maladies cancéreuses est tout-à-fait artificielle; et que les cancers sont primitivement durs ou mous, suivant la quantité de suc cancéreux qui est infiltrée dans leurs mailles. Chez ce sujet, je n'ai pas cherché avec beaucoup de soin la glande mammaire, et par conséqueut je ne puis pas déterminer si l'altération a eu lieu aux dépens de cette glande.

Un des caractères de ces cancers lobuleux enkystés, c'est de se manifester chez des femmes jeunes et quelquefois à l'époque de la puberté; c'est de rester indolens et inertes pendant un très grand nombre d'années : c'est de s'accroître avec une grande rapidité et comme par hypertrophie lorsqu'ils sont le siège d'une fluxion nutritive ou d'une sécrétion visqueuse, et d'occasioner des accidens par leur volume et par leur poids, bien plus que par toute autre cause. Je crois être fondé à penser que ces tumeurs extirpées ne sont pas susceptibles de récidive; l'expérience a besoin de confirmer cette vue à priori.

L'observation suivante peut être considérée comme le type des corps lobuleux et fibreux enkystés des mamelles.

Je fus consulté par Madame C. âgée de 40 ans, d'une très belle constitution, d'une grande fraîcheur, que je voyais souvent dans la société : elle portait dans la mamelle gauche trois tumeurs très dures, du volume d'un œuf de pigeon, et dans la mamelle droite une seule tumeur fibreuse du volume d'un gros œuf de dinde. Ces tumeurs étaient bosselées, bien circonscrites; je les caractérisai sous le nom de *corps fibreux*

des mamelles: ils existaient depuis l'époque de la puberté, et donnaient aux mamelles un volume considérable. La malade croyait s'apercevoir depuis peu d'une augmentation de volume dans ces tumeurs, l'époque du changement d'état approchait : on lui avait suggéré des craintes très vives, elle voulait prendre un parti. Mon avis fut qu'il n'y avait aucun péril à attendre; que ces tumeurs n'étaient pas de nature cancéreuse; que dans le cas où elles acquerraient un développement considérable ou bien dans le cas de dégénération on serait toujours à même d'en pratiquer l'ablation ; que d'ailleurs je n'admettais aucun parti moyen; qu'il fallait ou ne rien faire du tout ou enlever les tumeurs. Malheureusement ce conseil ne fut pas suivi : un praticien, d'ailleurs distingué, crut pouvoir obtenir la résolution de la tumeur par des applications répétées de sangsues, par des bains long-temps prolongés, et par un régime extrêmement débilitant; mais ce mode de traitement, cette espèce de méthode de Valsalva par les sangsues, eut pour résultat un dépérissement extraordinaire de la malade, sans exercer la moindre influence sur les tumeurs : un érysipèle erratique survint, parcourut toute la surface du corps, acheva d'épuiser la malade, qui succomba à un phlegmon profond développpé dans la mamelle droite. Je fus appelé en consultation quelques jours avant la mort et je fus prié de faire l'examen du cadavre.

Tous les organes intérieurs étaient sains.

Les trois tumeurs de la mamelle gauche, toujours mobiles, parfaitement circonscrites, purent être très facilement isolées du milieu de la graisse qui les entourait : elles n'étaient unies à la glande mammaire que par un peu de tissu cellulaire. De ces tumeurs, deux étaient du volume d'un gros œuf de poule; la troisième avait celui d'une noix. A leur surface, comme à leur centre, elles étaient d'une couleur très blanche : leur surface bosselée attestait leur disposition lobuleuse; leur circonscription et leur surface lisse dénotaient leur enkystement; ces tumeurs se résolvaient en lobules et les lobules en granulations fortement pressées les unes contre les autres, absolument comme dans le cas rapporté plus haut. Leur tissu était extrêmement dense et de nature fibreuse. La pression la plus forte n'en faisait soudre aucun liquide. Point de vestige de suc cancéreux. Le tissu de la glande mammaire était atrophié. J'ai trouvé dans son épaisseur un très petit corps fibreux de même nature qui était libre de toutes parts.

L'autre mamelle était transformée en une seule masse fibreuse et lobuleuse. Il y avait une couche épaisse de pus entre cette tumeur et le grand pectoral; le pus s'enfonçait pour ainsi dire dans l'épaisseur de la tumeur où il formait une espèce de géode pleine de pus. Je n'ai pas trouvé vestige de la glande mammaire proprement dite.

La malade avait été stérile.

Réflexions. — Les corps fibreux et lobuleux, développés au milieu de la glande mammaire intacte sont bien difficiles à distinguer de la transformation fibreuse du tissu glanduleux proprement dit; transformation qu'on peut considérer comme une hypertrophie circonscrite d'une portion de la glande mammaire elle-même, et qui conduit aux cas où la glande mammaire tout entière est transformée en tissu fibreux.

J'ai examiné avec beaucoup d'attention, une mamelle extirpée par un chirurgien très distingué, chez une jeune fille de vingt-quatre ans. Cette mamelle ne m'a paru être rien autre choseque le tissu mammaire hypertrophié : la tumeur était divisée en lobules distincts les uns des autres dont la coupe présentait des granulations entrecoupées de lamelles fibreuses très épaisses. J'ai reconnu au milieu de la tumeur un grand nombre de canaux galactophores dont j'exprimais un liquide jaunâtre, semblable à du colostrum. Cette mamelle extirpée comme squirreuse était donc tout simplement une mamelle hypertrophiée qui ne devait incommoder que par son poids et par son volume.

En présence de pareils faits, qui ne sent la nécessité d'une bonne anatomie pathologique des mamelles. Plusieurs fois, j'ai pu amener à résolution des tumeurs mammaires qu'on avait jugées squirreuses et pour lesquelles l'extirpation avait été décidée. Ces réflexions s'appliquent au testicule, et même aux organes internes; à l'utérus, à l'estomac, etc.

MALADIES DE LA MAMELLE.

(PLANCHE III, XXVII^e LIVRAISON.)

Cancer dur, atrophique des mamelles. — Tubercules cancéreux miliaires et pisiformes, cutanés, sous-cutanés, musculaires. — Plaques cireuses de la plèvre.

Desmoulins (*Marianne*), 83 ans, très fortement rachitique des membres inférieurs, demoiselle, est entrée à la Salpêtrière dans l'état suivant : (voyez fig. 1.)

Mamelle droite déformée, bosselée, d'une dureté comme pierreuse, érodée au centre où elle présente des espèces de crevasses.

Mamelle gauche remplacée par de petites masses agglomérées très dures. A la place du mamelon, tumeur cancéreuse rouge, moins dense que les parties voisines. Des deux côtés, masses tuberculeuses étendues le long du bord inférieur du grand pectoral, depuis la mamelle jusqu'au creux de l'aisselle qui est rempli de ganglions volumineux et extrêmement durs. Le membre supérieur *droit* est le siège d'un œdème dur, éléphantiasique. L'œdème s'étend à la partie latérale du tronc.

Une multitude de tubercules miliaires, pisiformes, etc., occupaient la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Il y avait, en outre, du côté droit, un ganglion sus-claviculaire du volume d'un œuf de poule, et extrêmement dur. Les douleurs étaient peu vives, et la malade les comparait à des élancemens, à des picottemens, à des tressaillemens (ce sont ses expressions). D'après les renseignemens que nous donna la malade, cette altération aurait débuté 4 ans auparavant par la mamelle droite ; le mamelon d'abord, puis le corps de la mamelle auraient été successivement envahis. — La mamelle gauche n'aurait participé que long-temps après à la dégénération.

L'apparition des tumeurs axillaires et cutanées aurait daté d'une époque beaucoup plus rapprochée.

L'état général était d'ailleurs excellent. La malade ne se plaignait guère que du membre supérieur droit qui était le siège d'un œdème dur, souvent douloureux à raison de la manifestation fréquente d'un érysipèle. Chaque érysipèle amenait un peu plus de gonflement et un peu plus de densité dans le membre dont l'aspect rugueux et comme gauffré, tenait évidemment à ce que la peau cédait beaucoup moins facilement dans les points qui donnent passage aux poils, que dans les points environnans. Chaque poil répondait ainsi au fond d'une espèce de godet dont la profondeur augmentait à mesure que survenait un nouvel érysipèle.

La malade, qui était entrée à l'Hôpital dans le mois de septembre 1836, commença à dépérir à la fin d'octobre et s'éteignit le 12 novembre. L'examen le plus attentif ne me permit de découvrir aucune de ces lésions intercurrentes ou consécutives qui précipitent si souvent la fin des malades affectés de cancer mammaire. Le foie ne débordait pas les côtes. Il n'y avait pas d'épanchement dans la poitrine.

Ouverture du cadavre.—Indépendamment de la lésion mammaire qui va faire le sujet d'une description détaillée, j'ai trouvé la *plèvre costale du côté droit* plaquée de taches blanches, circulaires, semblables à celles qui résulteraient de la concrétion de gouttes de cire qu'on aurait versées sur elle. — Il n'y avait pas la moindre trace d'épanchement dans la cavité pleurale. L'altération de la plèvre n'avait pas eu lieu par continuité de tissu, car les muscles intercostaux et les côtes étaient dans un état parfait d'intégrité.

Frappé du volume du genou droit, j'ouvris la synoviale et je vis qu'elle était remplie par un pus visqueux et de mauvaise odeur, que les cartilages articulaires étaient complètement détruits. La synoviale avait une couleur noirâtre. On a peine à concevoir que la malade n'ait pas accusé de douleur au genou.

La fig. 1 qui représente la région antérieure du thorax, peut servir de type pour les tubercules cancéreux de la peau. Il en est de miliaires qu'on reconnaît plutôt au toucher qu'à la vue. Il en est de pisiformes; d'autres ont le volume d'une cerise, etc. Leur dureté est comme pierreuse. Les plus petites proéminent seulement à la surface externe de la peau; les plus considérables proéminent à-la-fois et du

côté de la face profonde et du côté de la face superficielle. D'où il résulte que c'est dans ses couches superficielles que la peau avait été primitivement affectée. Non-seulement il y avait des tubercules dans l'épaisseur de la peau, mais encore il y en avait dans le tissu cellulaire sous-cutané. La fig. 1 en montre un certain nombre au devant des fibres du grand pectoral et du grand oblique de l'abdomen.

Du côté gauche, le cancer mammaire occupait la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et la glande mammaire. Le grand pectoral en était exempt.

Du côté droit, où la dégénération était plus avancée, la peau, le tissu adipeux sous-cutané, la glande mammaire, les couches adjacentes du grand pectoral étaient transformés en un tissu excessivement dur, grisâtre, demi transparent, d'apparence lardacée, marbré de stries blanc-jaunâtre qui ne sont autre chose que des vaisseaux artériels restés intacts.

La fig. 2 représente la coupe de la mamelle droite et celle du grand pectoral. On y voit : 1° la disposition des tubercules cutanés et des tubercules sous-cutanés T C, T C; 2° les tubercules du grand pectoral lesquels sont olivaires, de volume inégal, disposés linéairement, et semblent le résultat de la transformation des fibres du grand pectoral lui-même.

Au niveau de la glande mammaire, ce muscle avait en outre participé à la dégénération, si bien qu'il était difficile de distinguer dans la tumeur, ce qui avait appartenu à ce muscle, de ce qui avait appartenu à la glande mammaire elle-même.

Le grand pectoral était donc affecté de deux manières : 1° par continuité de tissu; 2° par une sorte d'infection bien distincte de la dégénération par continuité de tissu. J'ai pu, à l'aide d'une dissection très soignée, séparer dans la tumeur mammaire droite, ce qui appartenait à la peau de ce qui appartenait à la glande mammaire et isoler la glande dégénérée du grand pectoral; mais cette séparation n'était pas possible sur tous les points, car le propre des dégénérations cancéreuses, c'est de confondre, d'assimiler à un seul et même tissu morbide les tissus les plus hétérogènes. Malgré la dureté pierreuse de cette tumeur cancéreuse, j'ai pu faire suinter par une forte pression un suc cancéreux et séreux. Tous les autres organes étaient sains.

Réflexions. — L'observation qui précède me suggère plusieurs réflexions, je ferai remarquer :

1° L'*âge avancé de la malade :* il semble que le cancer de la glande mammaire, de même que celui de l'utérus, appartienne à l'âge critique ou mieux à la période de la vie de la femme, comprise entre trente et cinquante ans; cela est vrai en général, mais combien d'exceptions à cette règle; ainsi relativement à l'utérus, j'ai vu une fille publique de 21 ans qui mourut par suite d'un cancer gangréneux; et, d'une autre part, j'ai été consulté par une dame de 84 ans qui, à la suite de pertes utérines, fut prise d'un écoulement sanieux, et qui, exploré par le toucher, me présenta un cancer commençant du col utérin auquel elle a succombé. La femme qui fait le sujet de notre observation avait 83 ans, et la malade faisait remonter tout au plus à 4 ans l'invasion de la maladie.

Les faits de ce genre ne sont pas assez rares pour qu'on doive les considérer comme des cas exceptionnels (1); ainsi, en compulsant mes notes, je viens de trouver deux autres cas de cancer mammaire, développé, l'un chez une femme de 82 ans et l'autre chez une femme de 85 ans.

J'ai désigné le cancer mammaire de la femme de 85 ans, sous le titre de *Cancer chronique atrophique.* D'après le rapport de cette femme, il existait depuis vingt ans et ne causait aucune douleur. La mamelle était réduite à une petite tumeur bien circonscrite, bien isolée, bien mobile, proéminente à la manière d'un gros mamelon, tout-à-fait indolente; une petite érosion très superficielle, paraissant tenir à une lésion mécanique plutôt qu'à un travail morbide, fournissait une certaine quantité de sang; de petits tubercules carcinomateux existaient le long du bord inférieur du grand pectoral et dans le creux de l'aisselle.

La malade s'était à peine affaiblie depuis son entrée à l'infirmerie, lorsque tout-à-coup, sa

(1) Dans les sciences naturelles, il n'y a pas de cas exceptionnels : les cas exceptionnels dérivent de lois tout aussi positives que celles qui constituent la règle dans les idées généralement reçues.

respiration devint fréquente; son pouls un peu accéléré. Elle mourut au bout de quelques jours.

A l'ouverture : pleurésie pseudo-membraneuse, à la partie postérieure du poumon droit; œdème considérable de cette partie postérieure.

La glande mammaire a dégénéré en un tissu d'apparence lardacée, parsemé de points jaunâtres qui ne sont autre chose que les artères, dont les orifices béans décèlent la perméabilité. La compression de ce tissu qui est d'une dureté pierreuse, ne fournit de suc cancéreux que dans la couche la plus profonde.

Les tubercules carcinomateux qui longent le grand pectoral sont excessivement durs et cependant pénétrés de suc cancéreux; il en est de même de ceux du creux de l'aisselle, dont plusieurs compriment le nerf médian. Les autres organes étaient sains.

2° La *forme du cancer.* — La forme dure et atrophique du cancer, est-elle propre aux personnes avancées en âge? Le fait qui précède et celui représenté pl. 3, sembleraient l'indiquer. Mais je viens d'observer un cas qui établit que la forme encéphaloïde la plus aiguë, si je puis m'exprimer ainsi, la plus abondamment pourvue de sucs, peut se développer dans la mamelle d'une femme très âgée. Voici ce fait.

Femme Nouvelle, âgée de 82 ans, portait à la mamelle gauche une tumeur du volume du poing, qui présentait tous les caractères du cancer le plus aigu, le plus douloureux. Elle mourut d'une maladie étrangère au cancer, de l'inévitable pneumonie sénile. A l'ouverture, je trouvai que la tumeur était formée par une boue rougeâtre ou suc cancéreux qu'on faisait suinter par une légère pression, à la manière de l'eau contenue dans une éponge. Cette boue était contenue dans des espèces de loges fibreuses, dont quelques-unes étaient tapissées par des membranes vasculaires présentant, ici des concrétions de sang, là des espèces de dilatations ou varices. Tous ces vaisseaux de nouvelle formation avaient l'apparence veineuse.

Cette boue rougeâtre offrait d'ailleurs exactement l'aspect du cerveau d'un fœtus : on voyait en outre, dans quelques points des foyers de sang pur, à la manière d'un foyer apoplectique; dans d'autres une boue sanguinolente; dans la plus grande partie de la tumeur, c'était l'image du cerveau parcouru par des vaisseaux veineux très développés. La glande mammaire était parfaitement saine et déjetée du côté externe de la tumeur.

En opposition avec ce cas de cancer aigu, avec surabondance de sucs observé chez une vieille femme, je mentionnerai ici celui d'une femme âgée de 50 ans environ qui nous a présenté tous les caractères d'un cancer mammaire dur, atrophique.

Une femme de 50 ans environ portait à la mamelle gauche un cancer dur, atrophique qu'elle rapportait à un coup de pied de cheval. Au centre était une dépression ou creux triangulaire, avec attraction des parties voisines, assez semblable à la dépression qui résulte de la cicatrisation d'une plaie profonde et adhérente. Une pellicule mince recouvrait la perte de substance qui ne fournissait que de loin à loin un suintement séreux.

La malade qui jouissait d'une très bonne santé, fut prise d'un mouvement fébrile avec vomissement et dépérissement dont je cherchai vainement la cause dans l'exploration la plus attentive des organes contenus dans les cavités thoracique et abdominale ; je soupçonnai soit le développement d'un cancer interne, soit une phlegmasie latente et chronique ou les deux altérations réunies. Elle succomba sans qu'aucune douleur, aucune lésion spéciale de fonctions m'eût éclairé à cet égard.

A l'ouverture, péritonite granuleuse sans épanchement ; granulations très denses, demi transparentes ; couleur ardoisée du péritonite qui revêt l'intestin.—Ratatinement du grand épiploon et du mésentère; globules graisseux indurés, contrastant avec les granulations. Cette péritonite granuleuse sans épanchement et sans adhérence avait sa source dans un cancer du gros intestin siégeant aux limites du cœcum et du colon, adhérant à une anse d'intestin grêle: ce cancer qui occupait la moitié gauche de la circonférence du colon, présentait une fongosité proéminente dans la cavité de cet intestin et perforée à son centre pour communiquer avec l'intestin grêle. Un foyer gangréneux ouvert dans l'arc du colon se voyait entre cet arc, le pancréas et le duodénum. Ce foyer n'était autre chose que le débris d'un cancer de l'arc du colon tombé en gangrène.

J'arrive à l'étude de la tumeur mammaire qui présentait chez ce sujet le type du cancer dur, atrophique :

une coupe perpendiculaire m'a permis de voir la disposition suivante : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la glande mammaire, les fibres adjacentes du grand pectoral sont convertis en un tissu d'une dureté pierreuse, dont je n'ai pu exprimer aucune goutte de liquide. L'atrophie était telle que l'épaisseur la plus grande de la tumeur formée par toutes ces parties dégénérées, n'était que de 6 lignes environ. On pouvait parfaitement distinguer ce qui, dans la tumeur, appartenait à la peau de ce qui appartenait au tissu adipeux, et celui-ci de la glande mammaire. La peau très épaisse au centre de la tumeur et formant à elle seule la moitié de son volume, allait progressivement en diminuant à mesure qu'on approchait de la circonférence. A cette grande épaisseur de la peau se joignait une densité excessive : aux limites de l'induration, la peau présentait des épaississemens circonscrits qui lui donnaient l'aspect tuberculeux, et ces espèces de tubercules faisaient saillie tantôt du côté de la surface libre, tantôt du côté de la surface profonde de la peau.

Ce cas est un type de cancer dur atrophique; les parties atrophiées sont transformées en tissu dense, blanc-grisâtre, homogène, entièrement dépourvu de suc cancéreux, si bien que, sans la coïncidence de cette altération mammaire avec un cancer du colon, j'aurais pu douter du caractère cancéreux de la dégénération mammaire.

3° *Altération simultanée des deux mamelles.*—Le cancer dur atrophique occupait les deux mamelles chez la malade qui fait le sujet de la pl. 3 (xxvi^e liv.); or cette altération simultanée des deux mamelles n'est pas rare : elle s'accompagne ordinairement de tubercules cutanés plus ou moins multipliés.

4° *Forme tuberculeuse du cancer.*—La forme tuberculeuse du cancer a beaucoup fixé l'attention des observateurs dans certains organes, dans le foie et les poumons en particulier, mais on a peu étudié celle de la peau et celle de l'épaisseur des muscles.—Un fait bien remarquable, c'est que la présence des tubercules à la peau ne suppose pas celle des tubercules dans d'autres organes internes, de même que les tubercules cancéreux du foie peuvent exister indépendamment de toute autre lésion. Notre malade est un exemple de tubercules cutanés très multipliés sans lésion viscérale correspondante. Nous devons admettre comme un fait, que l'infection cancéreuse se manifeste chez les uns, tantôt par des tubercules hépatiques, pulmonaires; chez d'autres, par des tubercules cutanés; et que dans un grand nombre de cas la maladie reste limitée aux parties primitivement envahies : utérus, mamelles, etc., ou dans leur atmosphère (ganglions, lymphatiques, peau des parties voisines). Il semble, parfois, qu'on me passe ce langage métaphorique, que l'infection cancéreuse, a besoin d'une pâture quelconque; que si l'organe dont elle avait fait sa proie est enlevé, elle se jette avec plus d'intensité sur des organes profondément situés et plus importans. C'est ce qu'on voit tous les jours à la suite de l'extirpation de la mamelle et d'autres organes.

A l'appui de cette proposition, que l'infection cancéreuse suite de cancer mammaire peut ne manifester ses effets qu'à la peau, je mentionnerai ici le fait d'une femme de 59 ans, couchée salle Ste-Marthe n° 5 (Salpêtrière) qui nous a offert un cancer ulcéré avec ratatinement ou atrophie des deux mamelles, avec induration des ganglions axillaires, tubercules cancéreux à la peau de toutes les parties voisines et même en arrière dans la région de l'omoplate. Chose extraordinaire! Un vésicatoire que cette malade portait depuis long-temps, devint cancéreux. Le membre supérieur droit était énormément infiltré. La malade faisait remonter à six mois seulement l'origine de sa maladie; elle souffrait d'atroces douleurs et prenait 18 grains d'opium par jour. — Elle succomba avec de la fièvre et de la gêne dans la respiration. — A l'ouverture, je trouvai à mon grand étonnement, que tous les organes intérieurs étaient exempts de cancer : pour toute altération, on voyait une péritonite circonscrite à la région du foie et une pleurésie diaphragmatique du même côté. L'une et l'autre étaient pseudo-membraneuses sans épanchement. Une tumeur dure, qui occupait la fosse iliaque droite à l'entrée du bassin, et que j'avais pu croire pendant la vie être une maladie cancéreuse n'était autre chose qu'un kyste pileux à parois osseuses formées aux dépens de l'ovaire.

Les tubercules cancéreux peuvent se développer par milliers dans les muscles subjacens à la mamelle et dans les muscles environnans. Ainsi chez une femme de la Salpêtrière, qui

avait subi l'extirpation de la mamelle avec un succès très grand sous le rapport de l'opération, la cicatrice étant intacte, j'ai trouvé des milliers de tubercules occupant tous les muscles du voisinage, le deltoïde, les sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire. Le caractère général de ces tubercules cancéreux des muscles est d'être disposés régulièrement le long des fibres musculaires aux dépens desquelles ils semblent formés; c'est d'être oblongs, comme olivaires très durs et de ne donner aucun suc à la pression.

5° *Plaques cancéreuses de la plèvre.*—Les plaques cancéreuses de la plèvre sont un des effets les plus remarquables du cancer à la mamelle. Elles se développent indépendamment de toute continuité de tissu entre le tissu malade et la plèvre. Les plaques circulaires, semblables à des gouttes de cire concrétées par réfroidissement, sont pour la plèvre ce que sont les tubercules pour les autres organes. Ces plaques, comme les tubercules sont un symptôme de l'infection cancéreuse.

Ces plaques de la plèvre peuvent être limitées à la plèvre costale, elles peuvent envahir à-la-fois la plèvre costale et la plèvre pulmonaire. Quelle que soit leur origine, elles ont pour conséquence tantôt un hydrothorax, tantôt une pleurésie aiguë ou chronique. Cependant le cas représenté pl. 3, XXVII^e^ livr., établit que ces plaques peuvent exister pendant un certain temps sans entraîner aucun accident local.

L'observation suivante donnera une idée du mode de formation de ces plaques cancéreuses de la plèvre.

Une femme, âgée de 70 ans, ayant subi l'extirpation de la mamelle droite, vit se former dans la cicatrice résultant de cette ablation, deux cancers nummulaires, d'une dureté pierreuse, ayant chacun l'épaisseur et l'étendue d'une pièce de 5 fr. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étaient seuls intéressés : une couche de chlorure de zinc, appliquée après vésication préalable, détruisit complètement les deux tumeurs qui furent remplacées par une bonne cicatrice. La malade parut guérie. L'état général était excellent. Deux petites masses cancéreuses, aplaties en forme de pustules, apparurent au bout de quelque temps, chacune d'elles devint le siège d'une ulcération indépendante, qui fut pansée avec le carbonate de magnésie et le cérat opiacé.—Les progrès furent extrêmement lents et au bout de 18 mois, l'état général de la malade n'était pas sensiblement altéré. Les deux tumeurs s'étaient réunies en une seule et même tumeur aplatie, d'une dureté pierreuse, très douloureuse, présentant deux ulcérations irrégulières, à bords très durs et coupés à pic; il y avait évidemment deux centres d'ulcération.

Le 1^er^ décembre 1836, la malade fut prise d'un érysipèle avec fièvre qui s'étendit au loin. Oppression. Mort le 6 décembre.

A l'ouverture, je trouvai une pleurésie pseudo-membraneuse à droite. — Une péricardite caractérisée par une pseudo-membrane très mince. Rien pendant la vie ne m'avait fait soupçonner l'existence de l'une et de l'autre de ces phlegmasies. La fièvre me paraissait suffisamment expliquée par l'érysipèle.

Le foie était parfaitement sain : seulement il présentait, du côté de sa convexité et saillant à sa surface, un kyste fibreux contenant une matière boueuse que j'ai pu considérer comme des débris d'acéphalocystes.

Après avoir enlevé les pseudo-membranes pleurales, je vis que la plèvre costale de même que la plèvre pulmonaire du côté droit présentaient plusieurs plaques opalines circulaires à divers degrés de développement; les unes sont comme un épaississement léger de la plèvre, les autres comme une plaque épaisse saillante du côté de la cavité pleurale. Toutes s'enlèvent avec la plèvre. Aucune des plaques pulmonaires ne s'enfonce dans l'épaisseur du poumon. On aurait dit au premier abord que chacune de ces plaques n'était autre chose qu'un épaississement cartilagineux circonscrit de la plèvre.

La pleurésie était accompagnée d'un grand développement vasculaire qui consistait dans 15 ou 20 petits appareils de veine-porte, lesquels étaient constitués par un vaisseau veineux central duquel partait dans deux sens opposés des branches, des rameaux et des ramuscules.

Chez quelques individus, l'infection cancéreuse, le sang cancéreux, si je puis m'exprimer ainsi, se manifeste uniquement par la récidive du cancer dans la cicatrice qui succède à l'opération ou à son voisinage; chez d'autres, elle se manifeste par des cancers internes et respectent la cicatrice, mais le plus souvent elle se révèle par des cancers internes et par des cancers externes tout à-la-fois. Avant de chercher à expliquer ces différences, commençons par réunir des faits assez nombreux pour pouvoir en déduire quelques conséquences sur

les lois que suit l'infection cancéreuse. — La pleurésie observée dans le cas précédent, s'explique par la présence des plaques pleurales. Comment se rendre compte de la péricardite? Quel rapport y a-t-il entre la pleurésie et la péricardite d'une part et l'érysipèle de l'autre?

L'hydrothorax s'observe plus fréquemment que la pleurésie à la suite de l'affection cancéreuse de la plèvre. J'aurai occasion d'en rapporter plus tard quelques exemples.

6° *OEdème des membres supérieurs.* — L'œdème des membres supérieurs est au moins aussi fréquent dans le cancer de la glande mammaire que l'œdème des membres inférieurs dans le cancer de l'utérus. Dans l'un et l'autre cas, l'œdème tient moins à la dégénération des glanglions lymphatiques qu'à l'oblitération des veines correspondantes : je ne connais pas de complication plus douloureuse, plus fatigante pour le médecin et pour la malade que l'œdème des membres supérieurs dans le cas de cancer mammaire. J'ai sous les yeux un cas dans lequel le poids du membre est tellement incommode que la malade s'est résignée depuis quatre mois environ à passer toutes les nuits sur son fauteuil, le coude et l'avant-bras appuyés sur un oreiller placé sur ses genoux. Du reste, le membre infiltré est le siège d'érysipèles répétés, dont chacun a pour résultat une augmentation dans le volume et dans la densité du membre. Les frictions, onctions et applications de toute espèce ont été tentées sans résultat. Vaincu par les instances de ce malade, j'ai même eu recours aux scarifications, aux sangsues et aux vésicatoires, sinon avec succès, au moins avec soulagement. Le membre a fini par devenir éléphantiasique; les papilles cutanées sont devenues extrêmement saillantes. Je ne crois pas exagérer en disant qu'il a quatre fois le volume et le poids du membre de l'autre côté.

Dans les cas de ce genre, à l'autopsie, on trouve presque toutes les veines superficielles et profondes du creux de l'aisselle oblitérées par inflammation adhésive : assez souvent, au centre des caillots, on trouve du pus concret qui établit l'existence phlébite suppurative, mais limitée de telle manière que le pus n'a pu passer dans le torrent de la circulation. Rien de plus commun dans ce cas que la phlébite suppurative circonscrite; rien de plus rare que la phlébite suppurative diffuse avec accidens de résorption purulente.

MALADIES DES MAMELLES.

(PLANCHE II , XXXI^e LIVRAISON.)

DOUBLE CANCER MAMMAIRE.

Figure 1. *Demi-grandeur naturelle.* Aspect des deux glandes mammaires et des parties voisines. Mamelle droite largement ulcérée; circonférence irrégulière et coupée à pic de l'ulcération, qui est peu profonde; eschares gangréneuses E, E; coloration violacée au pourtour; gros tubercules occupant la partie supérieure de la glande.

Mamelle gauche non déformée, mais d'une dureté pierreuse. A sa circonférence, multitude innombrable de tubercules cutanés.

Les figures 2, 3, 4, sont de grandeur naturelle.

La figure 2 représente la moitié droite du thorax. Une coupe horizontale a été faite au niveau de l'eschare la plus supérieure. On voit que le tissu de la glande GM se confond avec celui du grand pectoral; que, au niveau de cette glande, le grand pectoral ne présente plus aucun des caractères de la fibre musculaire; qu'il est tuberculeux et fibreux; que, à mesure qu'on s'éloigne de la glande, le muscle reprend ses caractères, et que son tissu est infiltré de tubercules, dont un certain nombre présente la disposition linéaire.

Les ganglions lymphatiques GL, situés sous le grand pectoral et au devant des nerfs et vaisseaux axilliaires sont extrêmement volumineux, et ont subi la dégénération cancéreuse.

La peau renversée P, P présente à sa face profonde et entourée de graisse, les épaississemens tuberculeux observés à sa face superficielle.

La figure 3 est une coupe du sternum, lequel a acquis une grande épaisseur et une grande mollesse: il a subi la dégénérescence cancéreuse; à peine quelques débris osseux DB, DB.

La figure 4 représente une coupe de la mamelle gauche. Son tissu est lobuleux, d'une dureté pierreuse, et cependant on en fait suinter par une pression forte du suc cancéreux. Ces petits lobules sont entourés de graisse, si bien que, au premier abord, on dirait une glande mammaire dans l'état normal. La peau qui recouvre la mamelle offre une grande épaisseur. Elle n'est tuberculeuse qu'à la circonférence de la mamelle.

Les faits suivans suppléeront aux détails qui me manquent sur la femme qui fait le sujet de cette observation.

Rien de plus fréquent que le double cancer mammaire, soit après l'amputation d'une mamelle, soit sans amputation préalable et par suite de la marche fatalement progressive de l'infection. Un des signes les plus fréquens de l'infection cancéreuse, c'est sans contredit la propagation du cancer à l'autre mamelle, avec intégrité des parties intermédiaires. Ainsi j'ai en ce moment, dans le service des incurables, quatre femmes affectées de double cancer mammaire. Chez quelques malades, les organes intérieurs semblent préservés par suite de cette propagation aux parties externes, il semblerait, d'après un certain nombre de faits, que plus le champ du cancer est étendu extérieurement, plus les organes intérieurs sont respectés. Cette règle souffre néanmoins de nombreuses exceptions.

Il n'est pas rare de voir le sternum, les côtes, la plèvre, envahis dans le cours d'un cancer mammaire, et cet envahissement peut avoir lieu, tantôt par continuité de tissu, tantôt par infection générale. L'infection générale cancéreuse, bien qu'elle soit une, présente cependant quelques modifications, suivant le siège du cancer. Ainsi la plèvre, le sternum et les côtes sont bien plus souvent affectés dans le cancer de la mamelle que dans le cancer de tout autre organe. En attendant qu'une histoire générale du cancer mammaire et du cancer en général permette de saisir les lois qui président à la production et à la propagation de cette cruelle maladie, je vais consigner ici quelques faits qui ont beaucoup de rapports avec celui représenté pl. 2, et qui concourront peut-être à jeter quelque jour sur les nombreux points de vue pratiques sous lesquels le cancer peut être envisagé.

Cancer mammaire du côté gauche ; séparation complète de la tumeur par gangrène spontanée ; guérison temporaire apparente ; développement du cancer dans la peau des parties voisines et dans l'épaisseur de la cicatrice.—Envahissement de la mamelle droite.—Mort par épanchement pleurétique. — Plaques cireuses de la plèvre.

Aimée Ryon, soixante-et-un ans, point d'enfans, réglée à onze ans, ayant perdu à l'âge de cinquante ans, entre, en juin 1837, à la salle Sainte-Marthe pour un cancer mammaire gauche excessivement douloureux. Toute la mamelle avait été envahie. Une grande eschare en occupait le centre. Cette eschare s'agrandit et s'étendit à toute la tumeur qui tomba complètement en gangrène. Une cicatrice de bonne nature s'établit. J'aurais partagé la sécurité de la malade, si je n'avais vu des faits analogues avec récidive; et, en effet, six mois après, la malade rentre dans nos salles avec des tubercules situés et au niveau de la cicatrice et à la peau du voisinage. La mamelle droite devient le siège de sept à huit tubercules du volume d'une très petite noix, tubercules de couleur rosée, proéminens, constitués à-la-fois et par la peau et par la glande mammaire.

Au mois de mai 1838, fièvre vive avec oppression, point de côté à gauche. L'auscultation me fait reconnaître un épanchement pleurétique. La présence du cancer mammaire, qui pouvait à bon droit être considéré comme cause de la pleurésie, et l'épanchement ne me permirent d'insister que faiblement sur les sangsues et sur les vésicatoires volans.

Depuis ce moment, fièvre continue avec redoublemens souvent précédés de frisson ; fréquence très grande dans le pouls ; toux très forte, survenant par quinte ; oppression. Du reste, état stationnaire des tubercules cancéreux, dont aucun ne s'est ouvert ; dépérissement à la manière des individus affectés de phlegmasie chronique. Mort le 8 octobre, cinq mois environ après l'invasion de la pleurésie.

Les commémoratifs relatifs à la maladie des mamelles sont les suivans : premier coup, reçu, en 1826, à la mamelle gauche ; deuxième coup, six ans après, à l'angle d'un marbre. Depuis ce dernier accident, petite glande qui a toujours grossi. La malade rapporte à des applications emplastiques un érysipèle qui précéda la mortification de la mamelle et cette mortification elle-même.

Ouverture du corps. Dans la plèvre gauche, pleurésie purulente enkystée très considérable. Le pus est consistant, verdâtre, presque visqueux ; les parois du kyste sont épaisses de trois à quatre lignes, coriaces, organisées.

Les parois du kyste sont accolées en bas au diaphragme, en arrière aux côtes, et en avant au bord postérieur du poumon, lequel est refoulé en avant et en haut.

Le tissu du poumon est sain. Des plaques cireuses occupent la partie de la surface du poumon, qui n'est pas le siège du kyste.

Le poumon droit est libre d'adhérence et couvert d'une multitude de plaques cireuses. Rien dans l'épaisseur du poumon lui-même.

Le foie, la rate, tous les organes abdominaux sont sains.

Le cancer mammaire mérite de fixer un instant notre attention sous le point de vue de l'anatomie pathologique.

Point de traces de la glande mammaire gauche. La cicatrice est parfaite : elle est dense, très solide, nullement ulcérée, et présente des épaississemens d'inégale épaisseur, des brides rayonnées, des tubercules d'inégal volume, cutanés et sous-cutanés, occupant çà et là le voisinage de la cicatrice au niveau de laquelle le grand pectoral paraît avoir été détruit ou converti en tissu fibreux. Au voisinage, il contient, dans son épaisseur un grand nombre de tubercules analogues à ceux représentés pl. 2. Les ganglions axillaires sus et sous-claviculaires ne sont pas malades. La mamelle droite présente des tumeurs ou gros tubercules très durs, proéminens. Plusieurs sont formés aux dépens de la peau seule qui s'épaissit considérablement à leur niveau. La pression des coupes faites à la peau en fait suinter du suc cancéreux. Les plus grosses tumeurs sont formées à-la-fois et par la peau et par la glande mammaire. Une couche mince de tissu adipeux sépare la peau de la glande altérée. L'altération de la glande mammaire est aussi exactement limitée que celle de la peau. Il n'y avait pas d'intermédiaire entre la portion saine et la portion malade. On aurait pu croire au premier abord au développement d'un corps fibreux dans l'épaisseur de la glande, d'ailleurs saine ; mais c'était bien la glande altérée ; du reste il y avait identité d'aspect entre la portion dégénérée de la glande et la portion dégénérée du tissu de la peau. Toutes deux présentaient à la coupe la dureté d'un cartilage : leur aspect était celui d'un corps fibreux, et la compression faisait suinter du suc cancéreux.

Réflexions. 1° La gangrène spontanée d'une partie affectée de cancer ne peut donc pas prévenir la reproduction de cette maladie, pas plus que l'amputation, pas plus que la gangrène artificielle ou destruction par les caustiques. Tous ces petits ulcères chancreux du nez ou de la face, qui cèdent sans répullulation à la pâte arséniale, au caustique de Vienne ou au chlo-

rure de zinc, ne sont donc pas des cancers. Je serais fondé à le croire d'après un certain nombre de faits. D'un autre côté, je sais aussi qu'on peut admettre, en s'appuyant sur quelques faits, qu'il est, dans certains cancers, une période où la maladie semble purement locale.

La gangrène ou l'escarification ne peut donc être considérée que comme un moyen succédané de l'amputation, lors même que, comme celle-ci, elle s'étend bien au-delà de la dégénération et empiète sur les parties saines. Cette gangrène peut se faire graduellement et comme par érosion : on pourrait l'appeler *gangrène par érosion*. Elle peut se faire par couches successives ; elle peut se faire en masse.

2° La pleurésie est fréquente dans le cancer mammaire; l'hydropisie sans pleurésie proprement dite est plus fréquente encore. L'une et l'autre peuvent être le résultat de l'extension progressive par continuité de tissu du cancer jusqu'à la plèvre costale. La pleurésie peut survenir par suite des influences extérieures, comme chez un individu qui se trouve dans toute autre condition, et, dans ce cas, le cancer mammaire n'agit que comme cause prédisposante.

La pleurésie et l'hydropisie peuvent être le résultat du développement du cancer de la plèvre, qui se manifeste sous la forme de plaques cireuses, c'est-à-dire de plaques blanches, généralement circulaires, semblables pour l'aspect et même pour la consistance à une plaque de cartilage.

La percussion et l'auscultation n'ont pas encore appris et n'apprendront peut-être jamais à différencier l'épanchement pleurétique de l'épanchement hydropique. Les signes rationnels, déduits du point de côté et de la fièvre qui manquent complètement dans l'épanchement séreux, peuvent d'ailleurs suffire pour le diagnostic différentiel.

Du reste, on conçoit que la ponction dans l'un et l'autre cas ne devrait être employée qu'en désespoir de cause et seulement pour remédier à des accidens imminens de suffocation. Notre malade me paraît avoir succombé à la pleurésie chronique purulente, et non directement au cancer, dont la marche m'a paru singulièrement ralentie par les accidens inflammatoires survenus depuis le mois de mai.

Le cancer fibreux est d'ailleurs celui qui marche avec le plus de lenteur : il ne se distingue anatomiquement de la transformation fibreuse que par le suc cancéreux infiltré dans ses mailles. Il y a d'ailleurs cette grande différence clinique entre les corps fibreux de la mamelle et le cancer fibreux, que celui-ci se continue manifestement avec le tissu propre de la glande mammaire, tandis que les corps fibreux sont en général isolés, mobiles au milieu de la glande mammaire saine.

Double cancer mammaire.—Deux opérations sur la mamelle primitivement affectée.—Sternum cancéreux. — Foie cancéreux.— Quelques plaques cireuses sur le poumon.

Montpetit (Marie-Marguerite), blanchisseuse en gros, trente-huit ans, mère de deux enfans charmans, dont l'aînée a cinq ans, et le dernier vingt-neuf mois, réglée à quinze ans, assez mal réglée (elle avait souvent huit, quinze jours de retard). Treize mois après sa première couche, petite glande à la mamelle droite, qui augmenta graduellement. Deuxième grossesse, deuxième accouchement : neuf mois après la seconde grossesse, en mai 1836, extirpation de la moitié de la mamelle par M. Amussat. Récidive. Deuxième opération en avril 1837; toute la mamelle est emportée.

A son entrée, le 29 septembre 1837, elle présente l'état suivant : à la place de la mamelle droite, surface ulcéreuse très rouge, limitée par un rebord saillant, très inégalement découpée. L'ulcération s'est étendue de la mamelle droite à la peau qui revêt le sternum, et même à la peau qui revêt la mamelle gauche. Cette dernière mamelle paraît atrophiée, et à son côté externe, au-devant du creux de l'aisselle, existe un grand nombre de tubercules et de tumeurs cutanés. Les ganglions axillaires sont volumineux.

Le foie est énorme: il occupe les deux hypochondres et dépasse même l'ombilic. On peut distinguer les bosselures de sa surface à travers l'épaisseur des parois abdominales. On reconnaît également à l'aide de la percussion, que les intestins viennent se placer entre le foie et les parois abdominales. Les veines sous-cutanées de l'abdomen, extrêmement développées établissent une communication entre les veines fémorales et les veines thoraciques. Coliques hépatiques bien distinctes des coliques intestinales ; élancemens dans l'abdomen ; dépérissement graduel ; infiltration légère des membres inférieurs ; un peu d'épanchement dans l'abdomen ; d'ailleurs état presque stationnaire jusqu'au 6 janvier 1838. A cette époque, frisson, douleur très vive à la région du foie, oppression, toux très douloureuse. Mort le 8 janvier.

Ouverture du cadavre. Toute la région antérieure du thorax présente une surface ulcéreuse, supportée par une base indurée, de cinq à six lignes d'épaisseur, qui s'étend bien au-delà des limites de l'ulcération. La glande mammaire était saine, mais complètement atrophiée au milieu de l'induration de la peau et du tissu cellulaire. Un grand nombre de tubercules cutanés se voient au côté externe de cette mamelle.

La dégénération s'est étendue de la peau qui revêt le sternum au sternum lui-même, qui est mou, flexible, de deux à trois fois plus épais que de coutume, recourbé sur lui-même dans le sens de sa longueur, de manière à offrir une convexité en avant et une concavité en arrière. Les cartilages costaux droits sont entourés de tissu cancéreux induré. L'altération s'est étendue de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané au sternum. Il y a continuité d'altération, et néanmoins les limites du sternum sont parfaitement dessinées. Le périoste est intact. Le sternum se laisse couper à la manière des parties molles : il est pénétré de suc cancéreux, contenu dans des débris d'aréoles osseuses.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutanés sont au loin dégénérés en cancer dur ou fibreux très dense. On en exprime un suc cancéreux très abondant. Le tissu morbide n'est autre chose qu'un tissu fibreux infiltré du suc que j'ai si souvent décrit. Les tubercules cutanés offrent la même structure. Les ganglions axillaires sont mous et pénétrés d'une plus grande qnantité de suc cancéreux.

Le foie pesait huit livres : il était farci de masses maronnées, molles, encéphaloïdes : il s'était prolongé en haut, du côté du thorax, et adhérait au diaphragme. La surface du poumon présentait quelques plaques cireuses.

Réflexions. L'identité de nature et l'analogie de texture du cancer dur et du cancer mou, dit *encéphaloïde*, sont bien manifestes dans le fait qu'on vient de lire. Les ganglions axillaires et les tumeurs hépatiques sont encéphaloïdes, tandis que l'altération des mamelles, de la peau et du tissu cellulaire, appartient au cancer dur ou fibreux. La seule différence consiste dans la quantité de suc cancéreux, qui pénètre ces tissus, et par conséquent dans l'activité du travail morbide. Supposez, au milieu d'un cancer fibreux, un développement de vaisseaux nouveaux, une grande activité de sécrétion, et vous aurez un cancer encéphaloïde. Il sera même possible que vous ayez des collections de suc encéphaloïde ou *abcès cancéreux*.

Quant à la dégénération du sternum, je dois dire que le sternum et les côtes sont de tous les os ceux qu'envahit le plus souvent le cancer, et cela tantôt par continuité du tissu, tantôt indépendamment de la continuité du tissu : ils appartiennent en quelque sorte au champ du cancer mammaire; mais il s'en faut bien que les autres os soient exempts de dégénération par suite du cancer mammaire. Je possède des faits de rupture spontanée des deux fémurs, par suite d'un développement de cancer dans leur épaisseur; des faits de masses cancéreuses multiples des os du crâne survenues chez des femmes, dont les unes avaient subi et dont les autres n'avaient pas subi des opérations de cancer mammaire.

L'infection générale dans le cancer une fois établie, on conçoit que la dégénération envahisse de préférence tel ou tel point de l'économie. Cet envahissement se fait sans doute suivant certaines lois; mais ces lois nous sont complètement inconnues. Ainsi nous ignorons pourquoi le foie reste sain chez cet individu affecté depuis long-temps de cancer mammaire, tandis qu'il s'affecte en même temps ou presqu'en même temps que la mamelle chez un autre, qui paraît être dans des conditions analogues. Pourquoi, dans un nombre d'ailleurs assez limité de cas, le cancer porte ses ravages sur le système osseux.

Le point important, thérapeutiquement parlant, c'est d'établir dans le cancer mammaire la présence d'une cause d'infection; or, si cette cause d'infection n'est pas douteuse, à une période donnée de la maladie, elle est encore douteuse dans le principe, au moins pour quelques cas particuliers. Le cancer tient-il toujours à une cause primitivement générale? Est-il toujours primitivement local, ou bien y a-t-il des cancers primitivement locaux et des cancers primitivement généraux, et, dans cette dernière hypothèse, y a-t-il moyen de les distinguer les uns des autres? Voilà des questions du plus grand intérêt, mais encore insolubles. Toujours est-il que l'opportunité de l'opération dans le cancer me paraît devoir être restreinte dans de bien étroites limites; que, si jamais il nous est donné de guérir le cancer, ce sera par la découverte de quelque spécifique altérant, qui exerce sur la cause cancéreuse la même influence que le mercure sur la cause syphilitique. J'ai vainement essayé les préparations arsénicales, les préparations ferrugineuses, le mercure, l'antimoine, les acides étendus. J'en suis maintenant aux alcalis à petite dose.

MALADIES DE L'UTERUS.

Cancer.

(Planche VI, XXIII^e^ livraison.)

Placé dans les circonstances les plus favorables pour observer le cancer de l'utérus arrivé à ses dernières périodes, je me propose de publier successivement sur cette lésion une série de figures dans lesquelles je ferai connaître les principales variétés de forme et de siège qu'elle présente. Heureux si l'étude approfondie de la lésion considérée en elle-même pouvait me conduire à la détermination du traitement.

Que de choses à dire sur le cancer de l'utérus relativement à l'âge et aux conditions diverses dans lesquelles il se manifeste! La période de la vie affectée à cette cruelle maladie est circonscrite entre 35 et 50 ans. Cependant j'ai vu mourir du cancer utérin une fille de mauvaise vie âgée de 26 ans; et, d'une autre part, j'ai vu le cancer utérin se manifester à 60, 70, 80 ans, et même à 83 ans. Vainement ai-je interrogé les antécédens de la vie des malades pour pouvoir y découvrir quelque cause au moins éloignée de cette terrible maladie. La vie la plus irréprochable comme la plus dissolue, la stérilité comme la fécondité, les grossesses et les accouchemens les plus heureux comme aussi les plus malheureux, l'allaitement comme le défaut d'allaitement, la menstruation la plus régulière comme la plus irrégulière, l'avortement ou le défaut d'avortement, une vie active, laborieuse, comme aussi la vie la plus inoccupée, l'hérédité, le tempérament, les scrofules, la syphilis, les flueurs blanches, les polypes utérins, les tumeurs fibreuses, aucune circonstance appréciable, en un mot, ne paraît exercer la moindre influence sur le développement du cancer utérin. Des tableaux statistiques qui présenteraient un compte fidèle des conditions si diverses au milieu desquelles se manifeste le cancer utérin seraient du plus grand intérêt; et je prie de remarquer qu'autant je crois peu utile et même nuisible la statistique appliquée à des choses indéterminées qui, par conséquent, ne sauraient être considérées comme des unités du même ordre, autant je la crois utile lorsqu'elle s'applique à des objets susceptibles d'être comptés.

La planche VI, XXIII^e^ livraison, montre que c'est dans les veines qu'est sécrété le suc cancéreux ou matière encéphaloïde, que les veines sont l'élément anatomique primitivement et essentiellement affecté dans le cancer de l'utérus. Elle fournit en outre un exemple de coïncidence fort remarquable de tumeur cancéreuse du cerveau et de cancer de l'utérus.

Cancer utérin ayant envahi la paroi antérieure du vagin, le bas-fond de la vessie et le canal de l'urètre. — Veines utérines, vésicales et vaginales, plexus veineux utérins et vésicaux remplis de pus. — Tumeur encéphaloïde dans le cerveau expliquant les mouvemens convulsifs et l'hémiplégie survenue dans les derniers temps. (1)

Femme Grosset, 49 ans, est admise, le 28 octobre 1835, salle Saint-Jacques, n° 15. Elle était tourmentée depuis dix mois environ par un écoulement continuel, séreux, roussâtre et très fétide, écoulement qui avait été précédé par plusieurs métrorrhagies assez abondantes, dont la première datait de deux ans. Cette malade était affectée, depuis sa plus tendre enfance, d'une déviation de la colonne lombaire. Elle

(1) Observation recueillie par M. Diday, mon interne pendant l'année 1835.

avait eu cinq enfans, et l'accouchement avait toujours été naturel. La malade n'accusait d'ailleurs rien autre chose qu'une douleur dans les reins. Je la touchai, et je reconnus que la paroi antérieure du vagin était indurée dans toute son étendue; qu'elle était rugueuse et comme hérissée de végétations, et se confondait avec le col utérin; la paroi postérieure n'était altérée que dans la partie qui avoisinait le col.

Cette malade fut soumise au traitement ordinaire des maladies cancéreuses, traitement purement symptomatique et palliatif, qui consiste dans des bains, des cataplasmes, des calmans, des lavemens. L'expérience m'a appris qu'il y a de l'avantage à ne point prescrire à ces malades un régime alimentaire trop sévère.

Le 30 octobre, à 11 heures du matin, la malade fut prise de mouvemens convulsifs saccadés des membres supérieur et inférieur du côté droit : les secousses duraient un quart d'heure, et se renouvelaient au bout du même temps : la malade était avertie de leur invasion par une espèce d'*aura* ou de sensation d'engourdissement qui se rapportait à la main droite. Pendant toute la durée de l'attaque, la face était rouge, la peau couverte de sueur, le pouls plein, vibrant, mais d'une fréquence ordinaire. L'intelligence demeurait entière, et bien que la parole fût saccadée, la malade rendait très bien compte de ses sensations. Il paraît qu'à l'Hôtel-Dieu, trois semaines auparavant, elle avait éprouvé une attaque tout-à-fait semblable, mais qui n'avait laissé aucune trace. La malade ne se rappelait pas d'avoir eu mal à la tête, mais, depuis un an, elle était sujette à un tremblement léger des membres supérieurs, et surtout du bras droit, ce qui l'avait forcé de renoncer à son état de couturière. (Potion éthérée; — saignée de seize onces.)

Les attaques sont de plus courte durée, mais plus rapprochées; le sentiment de lassitude est porté au plus haut degré. (L'interne de garde prescrit une potion avec 3 grains d'opium dans 4 onces de véhicule, à prendre par cuillerées toutes les demi-heures.) La malade tombe dans un profond sommeil. Les contractions spasmodiques s'éloignent; elles cessent dans la jambe d'abord, puis dans le bras.

Le 31 octobre, les mouvemens du côté droit du corps sont plus lents et moins précis que de coutume. Les mouvemens communiqués sont douloureux.

Le 1^er^ novembre, la main droite ne peut plus saisir les corps : la malade ne peut marcher qu'à l'aide d'un support; le bras et la jambe conservent néanmoins la plus grande partie de leurs mouvemens.

Le 5 novembre, la malade éprouve quelques tremblemens ou plutôt quelques mouvemens spasmodiques du côté droit, à la suite desquels on observe une diminution notable des mouvemens.

Le 16, nouveau tremblement suivi d'hémiplégie.

Le 17, je trouve une résolution complète des membres supérieur et inférieur du côté droit; la volonté n'a plus aucun empire sur eux. Sensibilité très obtuse, surtout au bras; trouble de l'intelligence : la malade ne répond pas aux questions, ou si elle y répond, c'est d'une manière incohérente : agitation : d'ailleurs le pouls est naturel. (Compresses d'eau froide sur le front.)

Le 18, l'intelligence est revenue; la malade, calme et tranquille, se rappelle sa déraison d'hier.

L'hémiplégie est presque complète avec flaccidité : la malade peut cependant faire exécuter quelques faibles mouvemens aux doigts. La parole et la déglutition sont libres. Point d'hémiplégie faciale. Intégrité de la sensibilité et de la perception. Urines et selles involontaires depuis la veille.

Le 23 novembre, on observe que les membres paralysés sont le siège de contractions qui sont extrêmement rapprochées. Les urines et les selles continuent à être involontaires. La diarrhée, dont la malade avait été affectée depuis long-temps et à diverses reprises, revient avec une nouvelle intensité. A l'écoulement séreux continuel succèdent des pertes de sang; dépérissement rapide. Mort le 8 décembre.

Ouverture du cadavre. — Cerveau. A la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère gauche, au voisinage de la ligne médiane, j'aperçus quelque chose d'insolite; c'était une portion de la surface d'une tumeur qui était enfoncée dans l'épaisseur du cerveau et adhérait à la pie-mère : la substance cérébrale ambiante avait subi, dans une grande étendue, un ramollissement blanc, homogène pour la couleur et pour la consistance, que je ne saurais mieux comparer qu'à la couleur et à la consistance du blanc-manger. Ce ramollissement occupait la presque totalité du centre médullaire de cet hémisphère. Tout le reste de l'encéphale et la moelle épinière, étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité.

La tumeur qui était de nature encéphaloïde me paraît avoir été développée aux dépens de la substance cérébrale avec laquelle elle se continuait sans kyste qui établît la moindre ligne de démarcation. Son adhérence à la pie-mère permettrait tout aussi bien d'admettre qu'elle avait été formée aux dépens de cette membrane et qu'elle s'était logée dans l'épaisseur du cerveau. La tumeur était molle, mais d'une mollesse bien supérieure à celle de la substance cérébrale ramollie qui l'environnait. Sa coupe présentait de nombreux vaisseaux et des prolongemens fibreux : au centre était un petit foyer de sang.

Organes génito-urinaires. — L'utérus, le vagin, la vessie et le rectum ayant été divisés sur la ligne médiane, nous avons vu (XXIII^e^ livr., pl. VI, fig. 3) que l'utérus, le vagin, la vessie et le canal de l'urètre étaient le siège d'une altération considérable; que le col de l'utérus avait subi le genre d'altération qu'on pourrait appeler cancer pultacé; que la presque totalité de ce col avait été détruite par un travail d'érosion ou

d'ulcération gangréneuse; qu'aux limites, le tissu de l'utérus présentait une disposition aréolaire, et que les mailles de ces aréoles étaient remplies de suc cancéreux pultacé qu'on faisait suinter par la pression à la manière du vermicelle. Le corps de l'utérus était d'ailleurs hypertrophié. Des nuances insensibles conduisaient de l'altération la plus considérable aux parties saines; et il était bien évident que nous avions sous les yeux les divers degrés de la même maladie; que, dans le premier degré, il y avait infiltration du tissu par une matière cancéreuse qui, peu abondante dans le principe et permettant de reconnaître le tissu, devenait de plus en plus considérable, au point de le dénaturer complètement et finalement de le convertir en une masse homogène, pulpeuse, qui se détruit et tombe par couches successives en détritus gangréneux.

La transformation en tissu aréolaire et pultacé s'étendait à la zone la plus supérieure du vagin, qu'il était impossible de distinguer du col utérin, au bas-fond de la vessie, à toute la paroi antérieure du vagin CV, et au canal de l'urètre qui est comme creusé dans l'épaisseur de cette paroi antérieure CV, CV. La pression exercée sur la coupe des parties altérées en faisait suinter une matière de consistance d'axonge, qui s'effilait en forme de vermicelle.

Le rectum qui adhérait intimement au col utérin malade n'avait subi la dégénération que dans ses tuniques extérieures. La membrane muqueuse était parfaitement saine au niveau du col utérin; mais des ulcérations nombreuses U, U, existaient çà et là dans le rectum et même dans la presque totalité du gros intestin.

L'anus présentait des végétations VG consistant dans des espèces de plicatures de la membrane muqueuse. Il y avait aussi quelques varices hémorrhoïdales H, H qui consistaient dans des caillots sanguins remplissant des espèces de kystes formés par les veines dilatées. La plus grosse tumeur hémorrhoïdale H présentait un phlébolithe au centre d'un caillot sanguin.

Réflexions. — Dans ces réflexions, je considérerai le fait qui précède et sous le point de vue clinique et sous le point de vue anatomique.

(A) Sous le point de vue clinique, nous voyons qu'une malade affectée de cancer utérin à une période très avancée, éprouve des secousses convulsives répétées dans une moitié du corps avec diminution progressive du mouvement. Ces accidens appartiennent, non pas à une attaque d'apoplexie, mais à une altération du cerveau consécutive à la présence d'une tumeur : je présumai donc qu'à la suite du cancer de l'utérus, une tumeur encéphaloïde s'était développée dans le cerveau, que cette tumeur, qui ne s'était manifestée par aucun symptôme, venait de révéler sa présence par un travail morbide de ramollissement ayant son siège dans la substance ambiante du cerveau.

L'histoire de la maladie prouve en effet qu'ici, comme dans tous les cas du même ordre, les accidens cérébraux tenaient, non point à la présence de la petite tumeur encéphaloïde du cerveau, dont l'existence devait remonter à une époque bien antérieure, mais à un travail morbide développé autour d'elle; ce travail morbide, que j'ai eu occasion de rencontrer un grand nombre de fois, est un ramollissement, ou plutôt une infiltration séreuse, dans lequel la substance cérébrale a perdu sa disposition linéaire et se convertit en une gelée tremblotante, analogue pour la couleur et pour la consistance à du blanc-manger. Ce mode de ramollissement survient ordinairement d'une manière subaiguë; c'est par lui que se terminent le plus souvent les maladies organiques du cerveau, tumeurs, kystes, abcès enkystés du cerveau : il s'annonce presque toujours de la même manière, savoir par des secousses convulsives qui simulent quelquefois des attaques d'épilepsie avec ou sans lésion des facultés intellectuelles, et qui sont suivies d'un affaiblissement graduel dans le mouvement et dans le sentiment. Des secousses convulsives épileptiformes non suivies de paralysie peuvent être l'effet pur et simple de la présence de tumeurs dans le crâne sans ramollissement du cerveau : le ramollissement ne commence que lorsque se manifeste la paralysie du sentiment et du mouvement.

La tumeur encéphaloïde du cerveau est-elle liée au cancer de l'utérus? La funeste tendance des maladies cancéreuses à infecter toute l'économie en partant du point primitivement affecté comme d'un centre, ne permet guère d'en douter; et cependant le propre des affections cancéreuses de l'utérus, c'est d'être bien plus rarement accompagnées d'infection générale que les cancers des autres organes, ceux des mamelles en particulier.

(B) Sous le rapport de l'anatomie pathologique, le vagin est aussi souvent affecté du cancer que le col utérin. La paroi antérieure est beaucoup plus fréquemment envahie que la paroi postérieure; aussi est-il rare de voir le bas-fond de la vessie ne point participer à la lésion dans presque toute son étendue. La figure 3 nous a montré un type du cancer pultacé et aréolaire. Je prie de comparer cette figure à la coupe des os du crâne cancéreux représentée dans une des précédentes livraisons. Il y a identité complète d'aspect. Si on soumet une tranche mince de ce tissu à l'action d'un jet d'eau, et qu'on le débarrasse ainsi du suc cancéreux épaissi qui l'infiltre, il reste une sorte de crible qui est de même aspect et de même nature à quelque organe qu'ait appartenu la tranche soumise à l'examen : ce n'est qu'aux limites de l'altération et dans les points qui commencent à s'infiltrer de suc cancéreux qu'on peut encore reconnaître le tissu de l'organe.

Que sont ces aréoles ou cellules dans lesquelles est contenu le suc cancéreux? Ce sont les aréoles ou cellules veineuses de l'organe au sein duquel s'est développée l'altération : c'est dans les capillaires veineux qu'est sécrété et déposé le suc cancéreux; ces capillaires, qui constituent un réseau inextricable, un véritable tissu caverneux, se distendent et deviennent des cellules dans l'intervalle desquelles le tissu propre de l'organe comprimé s'atrophie, à tel point que l'organe est entièrement converti en cellules que remplit le suc cancéreux.

Plus tard, la mortification de l'organe ainsi transformé a lieu soit dans la totalité de la portion altérée, soit d'une manière successive, en commençant par la couche la plus superficielle.

Les fig. 1 et 2, pl. VI, sont propres à fournir la preuve de ce fait si important.

Les fig. 1 et 2 représentent l'utérus et la vessie vues extérieurement et disséqués avec beaucoup de soin (1) : on voit que toutes les veines qui entourent le col de l'utérus et le bas-fond de la vessie VV, VU, sont distendues par du suc cancéreux dont la consistance et la couleur sont absolument les mêmes que dans les veines capillaires observées sur la coupe de la fig. 3.

Ce sont bien des veines, car indépendamment de leur disposition qui diffère essentiellement de celle des artères et même de celles des vaisseaux lymphatiques, je les ai suivies jusqu'au moment où elles se continuent avec les veines saines; et j'ai vu que des caillots obturateurs (fig. 1 et 2) isolaient complètement du reste du système la portion de veines remplies de suc cancéreux.

D'une autre part, il importait de prouver que les aréoles des cellules de l'utérus, du vagin, de la vessie, du canal de l'urètre étaient bien des cellules veineuses; et pour cela il m'a suffi d'établir qu'il y avait communication entre ces cellules et les veines libres; or la pression extérieure, en même temps qu'elle faisait suinter le suc cancéreux par la surface aréolaire de la coupe, le faisait s'échapper par les veines libres, toutefois après l'ablation des caillots sanguins qui m'ont paru circonscrire parfaitement en tous points le suc cancéreux.

Il est donc démontré que le siège du cancer est dans le système capillaire veineux.

(1) Je dois prévenir ceux qui voudront faire cette dissection qu'elle est extrêmement difficile, à raison de la densité du tissu cellulaire qui environne les veines ainsi distendues par la matière cancéreuse, et de la fragilité et du peu d'épaisseur des parois veineuses. Un commencement de dessiccation fait singulièrement ressortir les veines gorgées du suc cancéreux.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

Tumeurs fibreuses. — Polypes. — Cancer. — Gangrène.

(PLANCHES I ET II, XXIV^e^ LIVRAISON.)

Nous avons déjà consacré quatre planches à l'histoire des polypes et des tumeurs fibreuses de l'utérus : la planche V de la XI^e^ livraison nous a offert un exemple de production fibreuse très considérable occupant le fond de l'utérus, laquelle production n'a apporté aucun obstacle ni à la grossesse ni à l'accouchement, mais peut avoir influé sur la maladie puerpérale à laquelle la femme a succombé quelques jours après l'accouchement.

La planche VI, même livraison, nous a fourni un exemple de polype remplissant la cavité utérine uniformément dilatée et prêt à franchir le museau de tanche. Ce polype était évidemment constitué par un prolongement pédiculé du tissu propre de l'utérus.

La planche IV, XIII^e^ livraison, a présenté un cas fort remarquable de tumeur fibreuse et de kyste utérin coïncidant avec un renversement du vagin, de telle sorte que la tumeur fibreuse et le kyste ayant été retenus au-dessus du détroit supérieur, à raison de leur volume, le col utérin s'était allongé d'une manière extraordinaire.

Enfin la planche VI, même livraison, nous a offert l'exemple de deux productions fibreuses, dont l'une donnait à l'utérus le volume qu'il présente à la fin du troisième mois, de la grossesse, et dont l'autre lui donnait le volume qu'il présente au neuvième mois.

Dans ces deux cas, le corps fibreux s'était développé au voisinage de la muqueuse utérine, de telle façon qu'il avait soulevé la couche mince qui le séparait de la cavité de l'utérus pour s'en former une espèce de coque, et que l'utérus développé se moulait exactement sur le sphéroïde représenté par le corps fibreux. Nous avons vu que, dans le cas représenté fig. 2, XIII^e^ livraison, des efforts d'expulsion avaient amené à plusieurs reprises des hémorrhagies, dont la dernière fut mortelle.

Le cas suivant nous fournira l'exemple d'un corps fibreux proéminant dans la cavité du vagin, à la manière d'un polype qui aurait franchi le col utérin. Ce fait me suggérera quelques réflexions qui trouveront leur place après l'explication des figures.

Explication des figures de la planche I.

L'utérus et annexes représentés pl. I, XXIV^e^ livraison, appartenait à une femme de la Salpêtrière, âgée de 78 ans, morte d'une maladie tout-à-fait étrangère à la lésion de ces organes. Ce fut par hasard, en procédant à l'autopsie, que, portant la main dans la cavité pelvienne, je reconnus une tumeur qui remplissait le vagin. Le toucher me permit de constater la présence d'un polype, que les figures 1, 2 et 3 sont destinées à représenter sous ses divers aspects.

La figure 1 nous montre le vagin ouvert par sa paroi postérieure. Les deux tiers supérieurs de sa cavité sont remplis par une tumeur ovoïde PP, non pédiculée, se prolongeant dans l'épaisseur du col de l'utérus.

Le corps de l'utérus est également ouvert par sa paroi postérieure ; sa cavité contenait une assez grande quantité de mucus noirâtre. Son tissu était flexible, hypertrophié, d'apparence musculaire comme dans la grossesse. Une tumeur fibreuse TF, développée dans l'épaisseur du fond de cet organe, était facile à séparer par énucléation : la densité, la couleur blanche, la disposition lobulaire de cette production contrastaient d'ailleurs avec la mollesse, la couleur rouge et l'apparence musculaire du tissu ambiant.

L'ovaire gauche était transformé en un kyste fibreux KK, à parois extrêmement épaisses, lamellées, offrant à sa face interne une couleur brun-jaunâtre comme dans les foyers apoplectiques anciens. Il contenait une matière d'apparence micacée qui n'était autre chose que de la cholestérine.

Restait à étudier le polype. Je crus d'abord qu'il naissait du museau de tanche; mais évidemment il ne pouvait naître que de l'une ou l'autre lèvre de cette partie. Or, en examinant avec soin la face postérieure du polype PP (fig. 1), je reconnus que sa partie supérieure était recouverte par une espèce de valvule mince, exactement limitée par un bord légèrement sinueux; cette valvule n'était autre chose que la lèvre postérieure du museau de tanche, amincie, allongée, soulevée par le polype, auquel elle adhérait dans toute son étendue. Cette disposition est devenue aussi manifeste que possible par l'introduction d'un stylet dirigé de haut en bas de la cavité utérine vers le vagin : le stylet a soulevé cette valvule en OU, et a rencontré dans les autres points, en OUA, une adhérence telle qu'il n'a pu la surmonter.

La figure 2 représente le polype PA vu par devant : la valvule formée par la lèvre antérieure du museau de tanche MT est beaucoup plus allongée que celle formée par la lèvre postérieure : elle est d'ailleurs adhérente à la tumeur dans toute son étendue, et se termine par un bord dentelé et très mince OUA.

La coupe représentée fig. 3 montre que ce polype n'est autre chose qu'un corps fibreux développé dans l'épaisseur du col utérin sous la couche la plus interne de ce col, laquelle était soulevée de manière à former une espèce de coque; que ce corps fibreux s'était fait jour, jusque dans la cavité du vagin, à travers le museau de tanche dont il avait écarté, distendu et aminci les lèvres.

Réflexions.—Il est des polypes durs qui consistent dans une hypertrophie du tissu de l'utérus, tel est le cas représenté planche VI, XI^e^ livraison; il en est d'autres qui consistent dans des corps fibreux développés sous la muqueuse utérine ou à son voisinage, lesquels prennent leur accroissement du côté de la cavité utérine, et tantôt restent emprisonnés dans cette cavité, tantôt franchissent le museau de tanche et se précipitent dans le vagin.

Il résulte d'un grand nombre de faits que les corps fibreux sous-muqueux développés dans l'épaisseur du corps de l'utérus ne tendent pas à s'engager dans le vagin, qu'ils prennent d'abord leur accroissement dans la cavité du corps utérin, que, plus tard, le col participe au développement suivant les mêmes lois que dans la grossesse; mais qu'à raison du volume énorme qu'ils acquièrent dans un grand nombre de cas, leur expulsion est physiquement impossible.

Le seul cas d'expulsion possible de corps fibreux volumineux naissant du corps de l'utérus, au voisinage de la muqueuse, est celui où la couche mince qui forme la coque de la tumeur du côté de la cavité utérine devient le siège d'un travail inflammatoire qui amène son usure, et où le corps fibreux lui-même se ramollit, se morcelle de telle manière que ses fragmens dissociés, mais non complètement séparés, puissent s'engager partiellement dans l'orifice vaginal du col utérin : c'est alors que l'art intervient avec tant de succès pour saisir, avec des tenettes ou des pinces à quadruple érigne, les fragmens qui se présentent, et pour, à l'aide de tractions prudentes et méthodiques, débarrasser l'utérus du corps étranger qui s'allonge et se réduit en traversant la filière du bassin.

Les corps fibreux sous-muqueux du col utérin ont, au contraire, beaucoup de tendance à s'engager dans le museau de tanche, qui leur offre moins de résistance que la cavité du corps de l'utérus.

Est-il possible de diagnostiquer à priori la nature d'un polype dur et de déterminer s'il appartient à la classe des polypes par hypertrophie du tissu utérin ou à celle des corps fibreux? Je crois cette distinction difficile dans l'état actuel de la science; car ils ont tous deux même forme, même aspect, même consistance; cependant l'examen attentif du polype représenté pl. I, XXIV^e^ livraison, m'avait fait diagnostiquer sa nature, et je me suis fondé plus particulièrement dans cette détermination sur la couleur du polype qui, dans une bonne partie de sa surface, présentait la blancheur du corps fibreux.

Est-ce là le seul caractère? La disposition valvulaire des lèvres du museau de tanche est-elle propre aux corps fibreux? De nouveaux faits peuvent seuls répondre à ces questions, d'autant plus importantes qu'à leur solution se rattachent des points de thérapeutique d'un haut intérêt : ainsi la ligature, la section du pédicule devraient être exclusivement appliquées aux polypes par hypertrophie; l'opération pour les corps fibreux serait tout simplement une *énucléation complète ou incomplète*. L'énucléation complète de-

vrait consister dans une incision verticale sur la partie antérieure de la tumeur; l'énucléation incomplète dans une incision circulaire au voisinage du pédicule (incision qui, dans l'un et l'autre cas, devrait s'arrêter au corps fibreux); après quoi, on lacérerait le tissu cellulaire qui unit le corps fibreux à sa coque et on procéderait à l'arrachement de ce corps. De cette manière, on imiterait la nature, qui n'a d'autre procédé pour se débarrasser des corps fibreux utérins qu'une sorte d'énucléation. Une circonstance importante à noter, c'est que la coque du corps fibreux sous-muqueux est généralement beaucoup plus épaisse au niveau du pédicule qu'au niveau de l'extrémité libre. — Une autre circonstance non moins importante pour l'énucléation est relative à l'adhérence de la coque, qui est beaucoup plus considérable au voisinage de l'extrémité libre, qu'au voisinage de l'extrémité adhérente ou pédiculée.

Je crois devoir arrêter ici l'attention sur l'adhérence des lèvres du museau de tanche à la tumeur. Je ne sais si cette adhérence a jamais été observée, mais je n'en ai vu l'indication nulle part. On conçoit que la surface des polypes par hypertrophie puisse être le siège d'une inflammation adhésive, tout aussi bien que la surface de la coque qui sert d'enveloppe aux corps fibreux, puisque, dans l'un et l'autre cas la surface des polypes est une surface muqueuse. J'ai même entendu parler de polypes qui étaient devenus adhérens aux parois du vagin, disposition qui avait jeté une grande obscurité sur le diagnostic, et qui a fait croire à l'existence de polypes à plusieurs pédicules. Toutefois, il faut le dire, les adhérences de muqueuse à muqueuse sont excessivement rares, et de grandes modifications dans la structure et dans la vitalité de ces membranes sont nécessaires pour que l'inflammation adhésive puisse s'y manifester. Dans le cas qui nous occupe, l'adhérence du museau de tanche à la surface de la tumeur a eu pour résultat la rétention d'une assez grande quantité de mucus dans la cavité utérine. Cette rétention du mucus utérin s'observe très fréquemment à la Salpêtrière chez les femmes avancées en âge, indépendamment de toute autre maladie, par suite de l'adhésion des parois opposées du col : or, cette adhésion peut avoir lieu soit à l'orifice de communication du corps de l'utérus avec le col, soit à l'orifice de communication du col avec le vagin, soit dans toute la longueur du col. La présence d'un corps fibreux dans l'épaisseur des parois de l'utérus entraîne souvent l'adhésion des parois opposées du col. La rétention du mucus qu'on observe dans ce cas est accompagnée d'un développement proportionnel avec ramollissement et flaccidité du tissu de l'utérus; et lorsque la sécrétion de ce mucus est très abondante, lorsqu'une exhalation de sang se fait en même temps dans la cavité de l'utérus, cet organe peut acquérir un développement extraordinaire, et se transformer en un kyste dont le volume égale celui de l'utérus au troisième mois de la grossesse. Le mucus est presque toujours noirâtre, et sa consistance est tantôt celle du méconium, tantôt celle d'un sirop clair. Lorsque l'adhésion a lieu à l'orifice de communication du corps avec la cavité du col, le corps de l'utérus est seul dilaté et contraste, par sa mollesse et par sa coloration, avec la dureté cartilagineuse et la blancheur du col : lorsque l'occlusion existe à l'orifice du museau de tanche, la totalité de l'utérus participe au développement.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées le corps fibreux sous forme de polype. J'ajouterai des considérations qui ont trait aux corps fibreux en général, et qui éclaireront quelques points encore peu étudiés de l'anatomie pathologique de ces productions organiques.

Ces considérations sont relatives : 1° à la mollesse qu'acquièrent quelquefois les corps fibreux; 2° aux changemens de forme et de rapports que subit l'utérus au milieu duquel se sont développés des corps fibreux; 3° aux changemens de texture qu'il subit, soit qu'il s'hypertrophie, soit qu'il s'atrophie.

1° Relativement au ramollissement des corps fibreux, j'ai déjà eu occasion de parler de l'infiltration séreuse qui s'en empare quelquefois : par elle sont dissociées les masses globuleuses qui, par leur groupement, leur tassement, constituent ces corps. Les vaisseaux veineux ambians deviennent plus apparens et peuvent être plus facilement suivis dans l'é-

paisseur de la tumeur : on dirait même quelquefois, dans ce cas, qu'ils ont été le siège d'une phlébite adhésive, car ils sont distendus par du sang coagulé et adhérent. La mollesse de ces corps fibreux peut être portée au point de simuler la fluctuation : tel est le cas suivant, qui peut servir de type en ce genre :

M. Pinault présenta à la Société anatomique un utérus régulièrement sphéroïde, qui égalait en volume l'utérus d'une femme parvenue au sixième mois de la grossesse. L'orifice du museau de tanche était dilaté comme une pièce de 5 francs; il était d'ailleurs complètement effacé. A travers cet orifice, proéminait une tumeur rouge, molle, fluctuante. Cet utérus avait appartenu à une femme qu'on croyait enceinte de six mois et qui était morte deux jours après son entrée à l'hôpital. Il s'agissait de déterminer quelle était la nature de la lésion. Malgré la mollesse fluctuante de la tumeur, je pensai que nous avions affaire à un corps fibreux ramolli; mais cette opinion trouva d'abord beaucoup de contradicteurs : la plupart des membres présens pensèrent qu'il y avait fluctuation liquide, et par conséquent ou grossesse ou kyste utérin. Alors, introduisant le doigt dans l'orifice du museau de tanche, je pénétrai dans une cavité à parois contiguës, ce que je ne pus faire qu'en détruisant quelques légères adhérences qui unissaient les parois opposées. Je divisai donc toute la paroi antérieure de cette cavité, paroi qui était très épaisse au niveau du corps de l'utérus et très mince au niveau du col. Je fus alors invité à faire la ponction sur la partie la plus fluctuante de la tumeur; mais rien ne s'écoula, au grand étonnement des assistans : alors, incisant avec précaution la paroi postérieure de la cavité utérine, je vis que sous la muqueuse doublée par une couche mince de tissu utérin, était une tumeur qu'il me fut facile de séparer par énucléation : cette tumeur était formée de masses globuleuses de différentes dimensions, dont plusieurs extrêmement petites, unies entre elles par un tissu cellulaire lâche et infiltré, dans lequel rampaient un grand nombre de vaisseaux. On peut considérer ce ramollissement comme un travail préparatoire pour leur élimination, laquelle serait tout-à-fait impossible si la tumeur se présentait en masse et non point par fragmens qui peuvent s'engager isolément, sortir isolément et servir à l'attraction successive des fragmens plus profondément situés.

2° Sous le rapport de la forme qu'affecte l'utérus qui est le siège du développement de corps fibreux, cette forme est des plus bizarres, lorsque les corps fibreux sont nombreux et disséminés dans l'épaisseur du tissu propre de l'utérus; mais quand l'utérus est le siège du développement d'un seul corps fibreux, alors il prend une forme sphéroïdale tout-à-fait semblable à celle de l'utérus chargé du produit de la conception. La pl. VI, XII^e^ livraison, nous en a fourni deux exemples; mais il s'en faut bien que, dans ce cas, le corps fibreux soit toujours dans les mêmes rapports à l'égard de l'utérus lui-même. Lorsqu'il est situé au voisinage de la muqueuse, il prend son accroissement du côté de la cavité utérine, et alors l'utérus se développe, absolument comme dans la grossesse, absolument comme si le corps étranger occupait sa cavité, au lieu d'être développé dans son épaisseur; mais si le corps fibreux est situé dans l'épaisseur des parois de l'utérus à une certaine distance de la muqueuse ou au voisinage du péritoine, alors le développement de l'utérus est limité aux couches superficielles, c'est-à-dire à celles qui sont intermédiaires au corps fibreux et au péritoine; l'utérus lui-même, plus ou moins déformé, est déjeté de l'un ou l'autre côté de la tumeur. On ne peut alors découvrir ce corps qu'en portant un stylet dans le col utérin et en incisant sur ce stylet. Le lieu d'insertion des trompes sert aussi de point de ralliement. Il n'est pas rare de voir l'une des trompes à droite et en bas, et l'autre trompe à gauche et en haut : le tissu utérin ramolli devient en quelque sorte ductile et se prête à toutes les formes imaginables. J'ai vu, dans ce cas, des utérus considérablement allongés former une espèce de demi-cintre autour de la tumeur.

3° Si nous étudions les modifications qu'a subies l'utérus dans sa structure, nous verrons qu'elles sont identiquement les mêmes que dans l'état de grossesse, pourvu toutefois que le corps étranger sollicite au développement nutritif la totalité de l'organe; ses

vaisseaux artériels et veineux acquièrent un calibre considérable (voy. fig. 2, pl. VI, XIII^e livr.), probablement aussi les vaisseaux lymphatiques; les parois utérines augmentent beaucoup d'épaisseur en même temps qu'elles se ramollissent, et deviennent aptes à la contraction.

L'hypertrophie de l'utérus est générale lorsque le corps fibreux se dirige du côté de la cavité utérine, elle est partielle lorsqu'il ne se dirige pas du côté de cette cavité; s'il occupe le fond, c'est le fond seul qui se développe et le reste se moule sur lui; si c'est la paroi antérieure, c'est la paroi antérieure qui se développe; enfin, s'il avoisine le péritoine, ce sont les fibres qui le séparent de cette membrane. Dans ces cas d'hypertrophie partielle de l'utérus, le reste de l'organe peut être dans l'état naturel, ce qui est rare, parce que si l'utérus n'est pas sollicité au développement suivant son épaisseur, il l'est suivant sa hauteur par suite de l'accroissement ou lent ou rapide du corps fibreux; or, un développement en hauteur ou en longueur, c'est toujours une hypertrophie.

Il est un cas, cependant, où la présence des corps fibreux dans l'utérus devient une cause d'atrophie, c'est celui dans lequel ces corps fibreux sont en nombre considérable, si bien que les portions de tissu utérin intermédiaire, comprimées par ces corps étrangers qu'anime une force d'accroissement illimitée, finissent par s'atrophier, toutefois après avoir éprouvé préalablement le mouvement d'hypertrophie. Comme type de corps fibreux multiples avec atrophie de l'utérus, oblitération de l'orifice de communication du corps avec le col, je citerai le cas suivant :

On adressa à la Société anatomique, sous le titre de *maladie de l'ovaire,* un utérus des plus singuliers que j'aie jamais eu occasion d'examiner : c'était un corps amorphe, à surface irrégulièrement bosselée, auquel était appendue une tumeur osseuse pédiculée. Son aspect lui donnait beaucoup plus de ressemblance avec certaines lésions de l'ovaire qu'avec un utérus altéré.

C'était bien évidemment l'utérus, car nous pûmes retrouver les deux ovaires et les deux trompes, qui nous servirent ensuite de point de ralliement. Le museau de tanche était effacé, ce qu'on observe souvent dans le cas de productions fibreuses de l'utérus : le pourtour de l'orifice arrondi du col utérin était hérissé d'une foule de granulations transparentes formées par des kystes muqueux : au milieu du mucus nageaient de petits corps d'un blanc jaunâtre. De l'orifice utérin partaient les colonnes fibreuses qui vont former la feuille de fougère du col utérin. Plusieurs kystes muqueux se voyaient entre ces colonnes.

L'utérus paraissait se terminer à un pouce au-dessus du museau de tanche. Un stylet mousse poussé dans toutes les directions n'a pu découvrir vestige de cavité : il y avait donc occlusion complète de la cavité du corps de l'utérus.

Le reste de l'utérus était remplacé par une multitude de tumeurs fibreuses et osseuses, dont les plus grosses ne dépassaient pas le volume d'une noix, et dont les plus petites étaient pisiformes, disposées comme au milieu d'une gangue celluleuse, qui n'était autre chose que les fibres de l'utérus, du sein desquelles elles s'enlevaient par une énucléation, d'autant plus facile qu'il y avait une plus grande différence entre la mollesse de la gangue et la dureté pierreuse des tumeurs. Du milieu de ce groupe de tumeurs, qui étaient au nombre de vingt environ, partait une tige molle et mince qui supportait une tumeur au moins aussi considérable que la masse entière, car elle avait le volume de la tête d'un fœtus de six mois et une livre et demie de poids.

La grosse tumeur était fibreuse et ossiforme : la couche superficielle était fibreuse; de cette couche partaient des prolongemens également fibreux qui s'enfonçaient dans l'épaisseur de la tumeur et servaient de moyen d'union aux concrétions ossiformes, lesquelles étaient mobiles les unes contre les autres et comme articulées.

Les concrétions ossiformes étaient jaunâtres; elles résistaient à la scie beaucoup plus que les os; leur dureté était telle qu'elles se brisaient sous la scie en gros grains, à la manière du granit.

De ces petites tumeurs, les unes étaient fibreuses, les autres ossiformes : dans celles-ci, la pétrification s'était faite par une multitude de points qui constituaient des tubercules calcaires d'un grain extrêmement dur, disséminés dans une substance fibreuse très dense.

Les plus petites tumeurs contenaient autant et quelquefois même plus de matière calcaire que les plus volumineuses; il m'a donc paru raisonnable d'admettre que la présence du phosphate calcaire était ici primitive et non point le résultat d'une sorte de dégénération ou transformation du tissu fibreux. J'ai eu souvent occasion de voir des corps fibreux de l'utérus revêtir, dès les premiers instans de leur apparition, tous les caractères des concrétions calcaires.

En incisant au milieu de toutes ces petites tumeurs, je tombai comme par hasard dans une cavité remplie de mucosité rougeâtre qu'il me fut facile de reconnaître pour la cavité du corps de l'utérus. Ses parois étaient tapissées par des ramifications vasculaires extrêmement déliées, réticulées : elles présentaient en outre des plaques rouges qui n'étaient autre chose que des groupes de réseaux plus petits sans extravasation sanguine. La muqueuse était soulevée par plusieurs tumeurs, dont les unes étaient ossiformes et les autres fibreuses. Le tissu utérin intermédiaire aux tumeurs était spongieux et vasculaire, tout-à-fait semblable à celui de l'utérus chargé du produit de la conception, mais dont les fibres auraient été pour ainsi dire disséquées. Ce tissu se prolongeait dans le pédicule jusqu'à la tumeur principale. Ce pédicule constitué par des fibres utérines établit bien manifestement que la grosse tumeur ostéo-fibreuse s'était formée, non sous le péritoine, mais sous les couches les plus superficielles de l'utérus, qui ont été en partie rejetées sur les côtés, en partie allongées en pédicule, de telle façon que la tumeur semblait sous-péritonéale.

Les artères utérines étaient complètement ossifiées.

Je crois devoir considérer ce cas comme un exemple d'atrophie de l'utérus, bien que les fibres prises individuellement soient évidemment hypertrophiées, parce que l'ensemble de toutes ces fibres ne me paraît pas à beaucoup près représenter la totalité des fibres utérines.

Explication des figures de la planche II.

FIGURE 1. — *Cancer pultacé.* — Représente une coupe verticale, dirigée d'avant en arrière, de la vessie, du vagin et de l'utérus: cette pièce anatomique appartenait à une femme de 50 ans environ, morte à la Salpêtrière dans le marasme le plus complet. L'altération occupait la paroi antérieure du vagin, la partie la plus élevée de la paroi postérieure de ce conduit et le col de l'utérus. Le corps de cet organe était parfaitement sain. La ligne de démarcation entre la portion altérée et la portion saine était bien tranchée. Ni la vessie ni le rectum n'avaient participé à la dégénération. La vessie hypertrophiée a pu être séparée du vagin par la dissection.

FIGURE 2. — *Gangrène de l'utérus.* — Représente la coupe verticale antéro-postérieure de l'utérus d'une femme morte à la Salpêtrière avec un écoulement d'une horrible fétidité, et que nous avons considérée comme atteinte de cancer utérin.

Le col avait été en partie dévoré par la gangrène : un détritus gangréneux remplissait la partie supérieure du vagin qui avait lui-même participé au travail désorganisateur : ni le vagin ni l'utérus ne présentaient la moindre trace de dégénération cancéreuse : les couches du col utérin qui avoisinent la partie gangrénée sont maculées de sang. Le reste de l'utérus est volumineux et hypertrophié.

FIGURE 3. — *Apoplexie ou hémorrhagie spontanée avec déchirure du tissu de l'utérus.* — Représente une altération très fréquente chez les femmes âgées de la Salpêtrière. Cette altération consiste dans une apoplexie du tissu de l'utérus qui est ramolli, déchiré, infiltré de sang, lequel est rassemblé en foyer dans quelques points. Cette lésion, qui est généralement limitée au corps de l'utérus, présente divers degrés : tantôt elle est bornée à la muqueuse et à la couche la plus voisine du tissu utérin; d'autres fois elle envahit le tiers interne, la moitié interne de l'épaisseur de l'utérus. Dans le premier cas, elle s'accompagne d'un ramollissement sans augmentation notable du volume de l'organe; dans le second, comme dans la fig. 3, elle est liée à l'hypertrophie de l'utérus. Elle coexiste quelquefois avec la présence de polypes muqueux et très souvent avec l'oblitération du col utérin.

Un fait fort remarquable, mais qui est constant, c'est que le mouvement fluxionnaire dont le corps de

l'utérus est le siège n'est pas nécessairement partagé par le col de cet organe; on pourrait même dire qu'il y a indépendance parfaite du col et du corps sous ce rapport, si bien qu'un corps de l'utérus ramolli et très injecté peut coexister avec un col dur et décoloré. L'altération, représentée figure 3, s'observe souvent sur des femmes qui n'ont éprouvé aucune perte de sang dans les derniers temps de la vie : or, cette absence de perte ne suppose pas toujours l'oblitération du col utérin : l'hémorrhagie manque souvent, lors même que le col est parfaitement libre, ce qui s'explique par cette circonstance que la fluxion sanguine n'est point dirigée précisément sur la muqueuse utérine, mais bien sur le tissu propre de l'organe.

Au reste, cette altération ne m'a paru s'annoncer par aucun symptôme particulier autre qu'une perte de sang ou un suintement de mucosités sanguinolentes. Je n'ai jamais vu, dans ce cas, les pertes utérines devenir assez considérables pour compromettre la vie des malades.

Considérations générales sur le cancer pultacé.

On confond sous la dénomination de *cancer de l'utérus* des lésions organiques très différentes. J'ai le projet de faire représenter, dans une série de planches, l'image fidèle, sinon de toutes les variétés, au moins des espèces principales de cette terrible et si commune maladie. Malgré les travaux importans publiés sur cette matière, je ne crois pas qu'il existe une maladie qui ait un plus grand besoin d'anatomie pathologique que le cancer en général et que le cancer de l'utérus en particulier.

L'opposition qui existe entre l'altération représentée dans la fig. 1 et celle représentée dans la fig. 2, vient à l'appui de ce que j'avance. Dans la fig. 1, on voit la dégénération dite cancéreuse; dans la fig. 2, se voit une gangrène sans aucun vestige d'altération cancéreuse, et cependant, en nosographie comme en clinique, ces deux altérations sont comprises dans la même catégorie.

Avant de parler avec quelque détail de la gangrène de l'utérus, je vais exposer le résultat de mes dissections au sujet du cancer pultacé représenté fig. 1, et de tous les cancers du même ordre.

Si, dans ce genre de cancer, on étudie avec soin une coupe des parties altérées, on voit (figure 1) qu'elles offrent une disposition aréolaire, et cette disposition s'observe au vagin comme à l'utérus; on l'observe aussi dans la vessie, dans le rectum, dans les ganglions lymphatiques, et même dans les os du bassin eux-mêmes, lorsque la vessie, le rectum, les ganglions lymphatiques et les os du bassin ont été envahis.

Les aréoles des tissus dégénérés sont identiques dans tous les organes; elles sont d'inégale capacité : la matière pultacée qui les remplit, et que je ne saurais mieux comparer qu'à du riz cuit, se détache aisément à l'aide du manche du scalpel, s'effile sous la forme de vermicelle par une pression latérale, ou est emportée à l'aide d'un filet d'eau; et alors la trame aréolaire qui reste à nu représente assez bien les alvéoles d'une ruche à miel.

Ces aréoles ou alvéoles ne sont autre chose que le réseau veineux de l'organe : c'est dans ce réseau, tellement développé qu'il remplace à lui seul les autres tissus atrophiés, qu'est déposée la matière, tantôt presque liquide, analogue au cerveau d'un jeune enfant, tantôt plus ou moins concrète. On conçoit que la qualité du liquide épanché, que sa quantité, que l'atrophie ou l'hypertrophie, l'induration ou le ramollissement des élémens organiques autres que le réseau veineux doivent imprimer des modifications nombreuses aux lésions morbides, sans toutefois en changer la nature.

Lorsque la matière cancéreuse occupe non-seulement le réseau veineux, mais encore les veines qui en émanent (voy. pl. VI, XXIII^{e} livraison); lorsqu'on peut suivre les veines cancéreuses depuis le point où elles présentent leur état d'intégrité le plus absolu jusqu'au réseau veineux lui-même; lorsque, à côté de ces veines altérées, on rencontre les vaisseaux lymphatiques et artériels libres, perméables et sains, il n'est pas besoin d'une autre démonstration pour établir que le siège du cancer est dans le réseau veineux de l'organe. Mais lorsque les veines libres sont saines comme les autres vaisseaux, ou du moins lorsque leur altération consiste soit dans des phlébites adhésives (caillots denses et adhérens), soit dans

des phlébites suppuratives (pus lie-de-vin, pus phlegmoneux), on pourrait révoquer en doute le siège immédiat de la lésion; et c'est dans le but de le démontrer, même dans ce cas, que j'ai entrepris les dissections suivantes, dont le résultat a parfaitement rempli mes espérances quant à la détermination du siège.

Pour cela, il faut commencer l'étude de l'altération aux limites de la maladie. Le vagin est extrêmement favorable à cette étude; et comme il est affecté presque aussi souvent que l'utérus lui-même, on conçoit combien l'occasion d'étudier la dégénération cancéreuse de ce canal doit être fréquente. Or si, sur les limites de l'altération, on enlève avec précaution l'épiderme muqueux, si on lacère avec non moins de précaution le réseau veineux qui forme en quelque sorte la trame de ce conduit, on voit que ce réseau veineux est extrêmement développé, qu'il est constitué par des veines gorgées d'un sang, ici liquide, là coagulé, lesquelles s'entrecroisent sous toutes sortes de directions : bientôt se voient des points blancs au milieu du sang coagulé; c'est la matière pultacée ou cancéreuse qui commence à poindre; si on avance du côté de l'altération, on trouve ces vaisseaux remplis de matière pultacée, noueux, distendus comme ils pourraient l'être par l'injection la plus heureuse; une demi-dessiccation fait ressortir leurs contours : si on avance encore, on trouve ces vaisseaux perforés comme avec un emporte-pièce, coupés à pic, béans, détruits dans la moitié, les deux tiers de leur circonférence, et vraiment méconnaissables.

Deux circonstances méritent d'être remarquées dans les vaisseaux qui contiennent la matière pultacée : 1° leur énorme dilatation; 2° l'excessive fragilité de leurs parois : la moindre traction, la plus légère pression suffisent pour les lacérer; et quand on a enlevé, à l'aide d'un filet d'eau, le détritus qui recouvre les surfaces ulcérées ou érodées, on voit de la manière la plus manifeste que les ulcérations ou érosions ne sont autre chose que des vaisseaux lacérés.

Que si l'on examine avec attention la succession de toutes ces altérations, il est de la dernière évidence que le réseau veineux est seul affecté dans le cancer, que les autres élémens organiques finissent par s'atrophier, comprimés qu'ils sont par le réseau veineux qui acquiert un immense développement, que le tissu propre de l'utérus lui-même semble disparaître ou du moins que ses fibres dissociées viennent s'appliquer sur les parois veineuses dont elles augmentent l'épaisseur. Ces considérations s'appliquent entièrement au *cancer aréolaire gélatiniforme,* dans lequel la trame aréolaire est constituée par le réseau veineux prodigieusement développé, et le suc cancéreux pultacé est remplacé par une sorte de gelée consistante.

Considérations générales sur la gangrène de l'utérus.

La gangrène de l'utérus et du vagin présente deux grandes divisions : tantôt elle est consécutive au cancer, tantôt elle est primitive.

1° *Gangrène consécutive au cancer de l'utérus.*

La *gangrène consécutive au cancer utérin* est extrêmement commune. On conçoit, en effet, que le moindre travail morbide, la moindre fluxion sanguine ou autre, fixés sur des tissus aussi profondément altérés dans leur structure que le sont les tissus cancéreux, doive y éteindre la vie. Or, tantôt la gangrène détruit les tissus cancéreux couche par couche; tantôt elle envahit en masse les parties dégénérées.

Dans l'un et l'autre cas, l'écoulement prend une horrible fétidité, le doigt introduit dans le vagin amène un détritus gangréneux, que je ne puis mieux comparer qu'à la pourriture d'hôpital. Or, cette destruction des parties par couches successives se fait tantôt avec une grande rapidité, tantôt avec une extrême lenteur, circonstance qui exerce une grande influence sur l'intensité et sur l'acuité des accidens.

Dans d'autres circonstances, la gangrène envahit en masse les parties dégénérées, au point

qu'il reste à peine vestige de la dégénération, et qu'on serait tenté de regarder cette altération comme appartenant aux cas de gangrène primitive. Dans plusieurs cas, le caractère cancéreux des ganglions lymphatiques pelviens et lombaires a pu seul établir qu'une dégénération avait précédé la gangrène.

Cancer de l'utérus et du vagin. — Destruction gangréneuse du col utérin. — Suc cancéreux infiltré dans l'épaisseur des parois du vagin aux limites de la gangrène. Ganglions lymphatiques pelviens cancéreux.

Françoise Houguard, 49 ans, a eu huit enfans, dont le dernier, âgé de 12 ans et demi, fut assassiné en sa présence le 28 juillet 1830. Elle fait remonter sa maladie à la commotion morale que lui causa cet affreux spectacle.

Dans le mois de janvier 1833, douleurs de reins qui ne l'empêchent pas de se livrer à ses travaux habituels.

En janvier 1834, perte de sang suivie d'une perte en blanc qui n'a pas discontinué depuis.

Trois semaines avant sa mort, le 4 septembre 1834, deuxième hémorrhagie, et à la suite vomissemens, hoquets, syncopes, faiblesse de la voix, petitesse du pouls.

Le toucher fait reconnaître une vaste excavation à parois irrégulières formée aux dépens du col utérin et du vagin qui sont confondus. Le doigt qui a servi au toucher est retiré couvert d'un détritus gangréneux d'une horrible fétidité.

Du 4 au 23 septembre, jour de la mort, dépérissement porté au plus haut degré, persistance des hoquets et des vomissemens; froid; syncopes; point de pouls.

Ouverture du cadavre.— Le vagin et l'utérus, dont il ne reste que le corps, forment une vaste excavation à parois gangréneuses. Le corps de l'utérus ne présente pas vestige de tissu cancéreux. La coupe de ce corps montre que son extrémité inférieure, à laquelle sont encore attachés des débris gangréneux, est molle, d'une couleur rouge foncée, sans aucune dégénération.

Des adhérences intimes établies entre le corps de l'utérus d'une part, la vessie et le rectum de l'autre, préviennent tout épanchement dans l'abdomen.

Le bas-fond de la vessie participait déjà à l'altération. La muqueuse correspondante présentait la disposition papillaire vésiculaire qu'elle affecte dans les cas analogues. J'aurais hésité sur la question de savoir si j'avais affaire à une gangrène primitive ou à une gangrène consécutive, si l'incision du vagin ne m'avait démontré que sur les limites du foyer gangréneux, le tissu du vagin était pénétré de suc cancéreux.

Les ganglions lymphatiques du bassin étaient cancéreux. La veine iliaque primitive gauche contenait du pus lie-de-vin.

L'estomac était revenu sur lui-même et très épais dans sa moitié pylorique, aminci et dilaté dans sa moitié œsophagienne.

Dans le cas qui précède, on voit que la gangrène s'est annoncée par des hoquets, des vomissemens, le froid des extrémités, la décomposition de la face, la petitesse et même la suppression du pouls. Tous ces caractères se sont retrouvés au plus haut degré dans le cas suivant, qui offre un exemple curieux de gangrène des parois adossées du vagin et du rectum avec inflammation chronique de la muqueuse utérine. L'apoplexie capillaire des circonvolutions pariétales du cerveau que j'ai constatée sur le cadavre, et que je n'avais nullement diagnostiquée sur le vivant, n'enlevera à ce fait rien de sa valeur.

Cancer des parois adossées du vagin et du rectum. — Passage des matières fécales du rectum par le vagin. Tout-à-coup, vomissemens, froid des extrémités, suppression du pouls. Gangrène des parties envahies. Inflammation de l'artère iliaque interne et de ses divisions. — Apoplexie capillaire.

Marie-Louise Marseille, 59 ans, cuisinière; réglée à 18 ans, un seul enfant à 21, a cessé de voir à l'âge de 39 ans; menstruation peu régulière.

Depuis 18 mois, perte blanche considérable; point de perte de sang. Ses souffrances sont médiocres. Elle ne se plaint jamais. Depuis quelque temps, les matières fécales passent par la vulve.

Tout-à-coup, le 9 août, hoquets, vomissemens; froid des extrémités, pouls filiforme; assoupissement dans l'intervalle des vomissemens, altération profonde de la face. Interrogée sur le siège de la douleur, elle montre la région ombilicale. L'invasion subite et le caractère des accidens me font redouter soit une péritonite, soit un étranglement. L'affaissement du ventre, le peu d'intensité de la douleur éloignent l'idée d'une péritonite. Je ne vois pas de cause d'étranglement. Si des évacuations cholériques avaient eu lieu, j'aurais accusé le choléra; car je retrouvai là tous les symptômes généraux de cette redoutable maladie. Je ne soupçonnai même pas la gangrène de l'utérus.

Le 10, même état; le 11, absence complète du pouls, froid algide; décomposition profonde de la face:

émaciation rapide : le hoquet et les vomissemens ont cessé depuis hier; l'abdomen est toujours affaissé. Je pense que la malade va succomber; cependant, sa vie se prolonge jusqu'au 14, sans pouls, avec un froid algide : on eût dit de l'agonie d'un cholérique. Les infirmiers me racontent que les évacuations alvines sont noires et d'une horrible fétidité.

Ouverture du cadavre, le 15. — Le vagin et le rectum confondus forment un vaste foyer à parois gangréneuses, foyer que constituent en avant la paroi antérieure du vagin et en arrière la paroi postérieure du rectum. La gangrène avait envahi le tissu cellulaire du bassin jusqu'au muscle obturateur interne. Je trouve aux limites de la gangrène du rectum et du vagin une petite portion de tissu cancéreux qui atteste que la gangrène a été consécutive.

Le tissu de l'utérus est sain; sa membrane interne est le siège d'une inflammation chronique caractérisée par une rougeur légère, des fongosités et du pus concret.

L'artère iliaque interne et plusieurs de ses divisions sont le siège d'une inflammation caractérisée par des concrétions décolorées adhérentes, au milieu desquelles se trouve une cavité remplie de pus lie-de-vin. L'aorte présente dans un point très limité de sa circonférence une concrétion décolorée fortement adhérente qui dénote une artérite circonscrite.

Ayant par hasard examiné le cerveau, j'ai trouvé une apoplexie capillaire, caractérisée, ici par des points semblables à des pétéchies ou taches scorbutiques groupées ou disséminées; là par de petits foyers sanguins; ailleurs par une sorte de combinaison du sang avec le tissu cérébral. Cette altération était bornée à la substance grise des circonvolutions et anfractuosités qui limitent en arrière la scissure de Sylvius. La substance blanche du voisinage était jaunâtre et comme infiltrée ou œdémateuse.

Réflexions. — La coïncidence de la gangrène de l'utérus avec l'inflammation de l'artère iliaque interne est extrêmement remarquable; il est possible que l'artérite ait exercé, dans ce cas, quelque influence sur la gangrène; mais dans combien d'autres cas la gangrène est-elle indépendante de l'obturation des artères ?

Les symptômes qu'a présentés cette maladie sont tellement étrangers à ceux qui appartiennent à l'apoplexie capillaire, que je me crois fondé à les rapporter à la maladie de l'utérus; car on peut appliquer aux lésions organiques cet aphorisme d'Hippocrate : *Duobus doloribus vel laboribus simul abortis, vehementior obscurat alterum.*

2° *Gangrène primitive de l'utérus.*

Rien de plus fréquent que de rencontrer pour toute lésion chez les femmes réputées cancéreuses une gangrène humide du tissu de l'utérus sans aucune trace de maladie cancéreuse proprement dite. Cette gangrène humide primitive de l'utérus présente deux variétés, comme la gangrène consécutive : tantôt elle détruit couche par couche l'utérus, dont on ne trouve plus quelquefois que le corps ou même une partie de ce corps, sa paroi postérieure, son fond : des adhérences entre la vessie, le rectum, l'utérus et les circonvolutions intestinales peuvent seules prévenir l'épanchement qui semble au premier abord devoir être la conséquence nécessaire de ces énormes destructions : tantôt elle envahit en masse une grande étendue de parties.

La fig. 2 est le type de la gangrène par couches successives. Je trouve dans mes notes la description d'un grand nombre de lésions entièrement semblables. Ainsi, chez une femme de 43 ans, qui éprouvait des douleurs atroces, surtout à la région hypogastrique, douleurs sur lesquelles l'opium n'avait aucune prise, et qui mourut dans le marasme le plus grand, je trouvai l'utérus réduit à son corps, le vagin détruit dans toute la partie attenant au col utérin, en sorte qu'il existait entre la vessie et le rectum un foyer gangréneux très considérable, limité en haut par le corps de l'utérus et en bas par le vagin en partie détruit; ce qui restait de l'utérus était sain et ne présentait pas vestige de tissu cancéreux; la partie la plus inférieure du moignon utérin, celle qui avoisinait la gangrène et qui, sans doute, n'eût pas tardé à être envahie, était maculée de sang.

Gangrène primitive. — Destruction de l'utérus par couches successives. — Mort lente.

Sur une femme réputée cancéreuse, qui mourut dans un dépérissement progressif et sans douleur notable, l'utérus vu par le bassin me parut très volumineux, de trois à quatre fois plus considérable que de coutume; touchant alors par la vulve, je trouvai un corps volumineux proéminant dans le vagin, et que je pus prendre pour un polype. Procédant alors à la dissection, je vis, en effet, que de l'utérus hypertrophié

partait une éminence conoïde proéminant dans le vagin, et que la base de ce cône regardait le fond de l'utérus. Je crus d'abord à un polype; mais, avec plus d'attention, je vis que cette éminence n'était autre chose que l'utérus lui-même, qu'une érosion gangréneuse avait détaché des parois du vagin qui s'était en quelque sorte continué par les couches superficielles de l'utérus, lesquelles étaient séparées des couches plus profondes de l'organe; que l'hypertrophie de l'utérus masquait, pour ainsi dire, la perte de substance considérable qu'il avait essuyée, perte de substance qui m'a paru comprendre, à peu de chose près, la totalité du col de l'organe.

Du reste, la portion de l'utérus libre dans le vagin, de même que la surface correspondante du vagin lui-même, étaient recouvertes par une couche gangréneuse.

Il n'y avait pas le plus léger vestige de tissu cancéreux. La couche vivante subjacente à la couche gangréneuse était pénétrée de sang et un peu ramollie; sa surface était très inégale.

Certes, ce n'est pas à une dégénération cancéreuse qu'a succombé cette malade, mais à une phthisie utérine produite par l'érosion gangréneuse de cet organe.

Je ne dois pas laisser échapper l'occasion de faire remarquer combien facilement on eût pu prendre pour un polype le moignon utérin disséqué ou séparé circulairement du vagin par un travail d'érosion.

Il n'est pas rare de voir la péritonite terminer la gangrène primitive de l'utérus, soit que les adhérences salutaires qui circonscrivent le foyer gangréneux aient été rompues, soit que la gangrène envahisse de suite la presque totalité de l'utérus en dépassant les limites des adhérences.

Gangrène primitive de l'utérus suivie de péritonite.

Une femme de 50 ans est transférée d'un hôpital du centre à la Salpêtrière comme cancéreuse incurable. Douleurs très vives; urines involontaires. Tout-à-coup, frisson, sentiment de suffocation. La malade se plaint de sentir quelque chose qui lui remonte de l'épigastre jusqu'à la gorge. Altération profonde des traits. La pression abdominale est médiocrement douloureuse; l'abdomen n'est pas météorisé, néanmoins, je diagnostique une péritonite. Mort dans les quarante-huit heures.

A l'ouverture, péritonite pseudo-membraneuse.

Le col utérin et la partie supérieure du vagin ont été complètement détruits. Un vaste foyer existe dans le bassin et se prolonge en avant, d'une part, entre la face postérieure de la vessie et le corps de l'utérus, d'une autre part, entre la face postérieure de l'utérus et le rectum. Large communication entre la vessie et le vagin; légère augmentation de volume du corps de l'utérus, dont le tissu est sain et ne présente aucune trace de matière cancéreuse. Je n'ai trouvé dans aucun organe rien qui décélât la dégénération cancéreuse.

Je ne me dissimule pas qu'on peut admettre que, dans tous ces cas, la désorganisation gangréneuse avait été précédée de la dégénération cancéreuse; mais il est bien difficile de concevoir, dans cette hypothèse, que les limites de la désorganisation ou de la gangrène soient exactement celles de la dégénération cancéreuse, et que les couches adjacentes soient simplement maculées de sang. Je terminerai par deux observations, dont l'une a pour sujet une fille de 21 ans, et dont l'autre fournit un cas de gangrène ayant envahi les couches les plus internes de l'utérus en procédant du dedans au dehors.

Gangrène primitive de l'utérus chez une fille de 21 ans.

Émilie Grand, 21 ans, née d'un père dont la santé fut toujours bonne et qui mourut aux armées, et d'une mère qui succomba à l'âge de 48 ans, par suite d'une récidive de cancer à la mamelle.

Blanchisseuse depuis 12 jusqu'à 16 ans, bien réglée, fille prostituée depuis 16 ans jusqu'à son entrée à la Salpêtrière : pendant quatre ans que dura sa vie de prostitution, elle dit être entrée sept fois à l'hôpital des Vénériens; elle soutint n'avoir jamais eu d'autres symptômes qu'un écoulement blanc, n'avoir jamais fait de traitement mercuriel : elle entra pendant l'automne de 1831 dans le service de M. Ricord. Dans sa feuille d'observation, qu'elle a soustraite, il est question d'une ulcération du col utérin de 10 lignes de diamètre. Après neuf cautérisations avec le nitrate acide de mercure, elle serait sortie guérie.

Depuis deux ans, coït douloureux accompagné d'hémorrhagies utérines légères; l'écoulement habituel était devenu sanguinolent. Elle entra dans le service de M. Cullerier le 1er mai 1833. Sur sa feuille d'observation, qu'elle a également soustraite, sont notés : écoulement utérin abondant, douleurs lombaires. On se contenta des moyens généraux adoucissans.

Elle sortit de l'hôpital des Vénériens pour entrer à l'Hôtel-Dieu, et de là à la Pitié, où M. Velpeau trouva le col en partie détruit. Il cautérisa néanmoins trois fois avec le nitrate acide de mercure.

Il paraît que depuis ce moment la malade s'affaiblit prodigieusement, au point de ne pouvoir plus marcher. — Maigreur; décoloration de la face. — Elle entre à la Salpêtrière le 7 octobre 1833 : l'appétit se perd : maigreur sans facies cancéreux; douleurs très vives dans les aines et l'hypogastre; le toucher montre une grande désorganisation; écoulement d'une fétidité extrême, d'odeur gangréneuse; dévoiement

fétide que rien ne peut arrêter. Dans les derniers jours, vomissemens, stomatite, douleurs abdominales, marasme, décomposition profonde des traits. Mort le 12 fevrier 1834.

Ouverture du cadavre. — Péritonite hypogastrique très récente. Un foyer gangréneux est ouvert dans la cavité du péritoine; mais je crois que cette ouverture est le résultat de la rupture d'adhérences récentes.

Il n'existait de l'utérus que le tiers supérieur du corps de cet organe. Le col de l'utérus, les deux tiers inférieurs du corps, la partie supérieure du vagin étaient détruits. Une escharre considérable appendait au fragment d'utérus qui restait encore. Foyer gangréneux horriblement fétide, qui était circonscrit par la vessie, les ligamens larges, le fond de l'utérus et plusieurs circonvolutions intestinales; communication entre le foyer gangréneux et le rectum, épaississement du rectum, infiltration séreuse de ses parois.

Aucune trace de tissu cancéreux. Les parties qui avoisinaient la gangrène étaient parfaitement saines. Tous les autres organes sont sains.

Réflexions. — Le cancer de l'utérus peut-il survenir à un âge aussi peu avancé? La gangrène primitive de l'utérus n'est-elle pas distincte *toto cœlo* de la dégénération cancéreuse? Cette érosion, cette pourriture d'hôpital de l'utérus ne requièrent-elles pas un traitement particulier?

J'ai quelque raison de croire que la cautérisation, qui, au premier abord, paraît si bien adaptée à la gangrène humide de l'utérus favorise singulièrement son extension : le fait précédent peut être invoqué à l'appui de cette proposition. J'ai un autre fait qui établit que des cautérisations profondes et réitérées donnent au travail gangréneux une intensité beaucoup plus grande et accélèrent la terminaison funeste.

Gangrène primitive de l'utérus ayant débuté par les couches les plus internes de cet organe.

Cléry, âgée de 52 ans, ouvrière, a été toujours bien réglée, mais sujette aux flueurs blanches. Elle a eu onze enfans, dont le dernier a 21 ans. Il y a deux ans, écoulement fétide qu'elle attribue à une chute sur le siège. Trois ou quatre pertes de sang dans l'espace de deux ans.

A son entrée à la Salpêtrière, amaigrissement, sécheresse de la langue; écoulement très fétide qui ressemble aux matières fécales. Les urines sont rendues péniblement et souvent avec des douleurs expulsives semblables à celles de l'accouchement. Douleurs à la partie interne des cuisses. Besoin de manger; soif.

Cette femme, qui appelait de ses vœux une fin prochaine, mais qui me paraissait devoir prolonger son existence quelques mois encore, fut prise d'un dévoiement considérable; en huit jours, elle arriva au dernier degré du marasme et s'éteignit.

Ouverture du cadavre. — L'utérus volumineux atteignait le détroit supérieur par son fond, auquel adhère assez intimement la fin de l'intestin grèle. — Adhérence de la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie. La moindre traction a suffi pour rompre cette adhérence et pour mettre à découvert un foyer gangréneux. L'utérus divisé, j'ai vu que la cavité de cet organe était considérable, que ses couches internes avaient été détruites par la gangrène, que ses parois étaient tapissées par un détritus noir et fétide que soutenaient quelques pinceaux vasculaires; qu'à son col, l'utérus avait été détruit dans toute son épaisseur; d'où le foyer gangréneux intermédiaire à la vessie et à l'utérus et qui communiquait avec la cavité utérine; qu'en haut et à gauche, la gangrène de l'utérus s'était propagée jusqu'aux couches subjacentes au péritoine, lequel n'aurait certainement pas tardé à être perforé.

Réflexions. — Cet utérus m'a rappelé l'aspect des utérus gangréneux que j'avais observés à la Maternité à la suite de l'accouchement. J'ai pensé que la malade était, dans le principe, affectée de gangrène humide du col utérin, laquelle s'était propagée aux couches les plus internes du corps de l'organe.

La qualité de l'écoulement, qui est d'une fétidité gangréneuse, bien distincte de la fétidité du cancer; le toucher, qui établit une perte de substance sans ces épaississemens et végétations qui accompagnent si souvent le cancer; le détritus gangréneux qui recouvre le doigt explorateur, l'aspect gangréneux de la surface examinée à l'aide du spéculum : voilà, d'après les observations que j'ai pu faire à cet égard, les caractères locaux propres à cette gangrène humide. Quant à l'état général, il varie suivant que la gangrène se fait par couches successives ou qu'elle envahit à-la-fois une grande épaisseur de parties : dans ce dernier cas, les accidens les plus graves, tels que décomposition des traits, petitesse du pouls, froid des extrémités, se manifestent brusquement; dans le second cas, le dépérissement, le marasme surviennent d'une manière lente et graduelle.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

Déplacemens (genre des invaginations).

(PLANCHE IV, XXVI^e LIVRAISON.)

Les figures de la planche IV, XXVI^e livraison, ont pour but d'établir les changemens de rapports que subissent les parties déplacées dans le renversement du vagin ou prolapsus de l'utérus. Elles complètent l'anatomie topographique de cette lésion, déjà présentée sous d'autres aspects dans la planche V, XVI^e livraison.

La figure 1 représente une section médiane antéro-postérieure de la tumeur formée par le vagin renversé. En procédant de haut en bas, on voit : 1° la coupe du canal de l'urètre CU dont la paroi inférieure a été divisée en même temps que le vagin : on reconnaît que ce canal a suivi dans son déplacement la paroi antérieure du vagin dans l'épaisseur de laquelle il est comme creusé, et que sa direction est oblique de haut en bas, au lieu d'être oblique de bas en haut.

2° Au-dessous du canal de l'urètre, se trouve une portion de vessie V qui a été également entraînée par la paroi antérieure du vagin. Sur la paroi postérieure de cette portion de vessie herniée, qui appartient à la base de l'organe, se voient les orifices des uretères UU.

3° La paroi postérieure de la portion de vessie déplacée ayant été divisée sur la ligne médiane, on est arrivé à un cul-de-sac formé par le péritoine 1^er CSP.

4° Plus en arrière se voit l'espèce de cul-de-sac formé par la paroi antérieure du vagin et par la région antérieure de l'utérus : par le vagin qui se porte de haut en bas, par l'utérus qui se porte de bas en haut. L'intervalle qui sépare la portion de vessie déplacée du vagin et de l'utérus, est occupé par du tissu adipeux TA.

5° Plus en arrière encore se voit la coupe médiane du museau de tanche et du col utérin, l'orifice OU du museau de tanche MT, le demi-canal CCU qui résulte de la coupe de la cavité du col utérin. Un stylet, introduit de bas en haut à la faveur de ce demi-canal, pénètre dans la cavité du corps de l'organe.

6° Enfin, tout-à-fait en arrière se voit un cul-de-sac formé par la face postérieure de l'utérus et par la paroi postérieure du vagin, cul-de-sac tapissé par le péritoine 2^e CSP.

On voit que ce second cul-de-sac péritonéal est très superficiel et qu'il suffirait pour y arriver de diviser la paroi postérieure du vagin.

La même figure permet de voir la continuité de l'utérus, d'une part avec la paroi antérieure du vagin, d'une autre part avec la paroi postérieure du même conduit : l'aspect du tissu du vagin et de l'utérus est le même, et la ligne de démarcation entre l'utérus et le vagin n'est pas à beaucoup près aussi marquée que dans l'état naturel.

Je ferai remarquer, bien que cette circonstance anatomique soit étrangère à l'objet qui nous occupe, que cette figure donne une idée très exacte du mode de continuité des petites lèvres avec le petit tubercule, C, qui constitue l'extrémité terminale du clitoris.

La figure 2, qui représente, vue de profil, une coupe verticale antéro-postérieure de la tumeur et du bassin, rendra bien plus sensibles encore les rapports des parties déplacées.

En procédant d'avant en arrière, on trouve : 1° la paroi antérieure du vagin VA.

2° La coupe du canal de l'urètre, dont on peut parfaitement apprécier la direction oblique de haut en bas, la concavité légère en bas, tandis que dans l'état naturel, sa concavité est dirigée en haut et sa direction oblique de bas en haut.

3° La portion de vessie déplacée, et sa continuité avec la portion de vessie restée en place, et qui elle-même a acquis une grande capacité. On voit manifestement par la présence des orifices d'uretères que la partie déplacée est le bas-fond de la vessie. Il ne pouvait pas en être autrement, puisque c'est ce bas-fond qui adhère fortement à la face antérieure du vagin, adhésion d'autant moins intime d'ailleurs, qu'on s'éloigne davantage du canal de l'urètre.

4° Derrière la vessie est le premier cul-de-sac péritonéal 1^er CSP.

5° Derrière ce cul-de-sac, la coupe de l'utérus, dont le diamètre vertical est notablement augmenté, dont l'extrémité inférieure présente un renflement considérable, et dont la cavité forme un canal étroit et régulier.

6° Derrière l'utérus UT, le deuxième cul-de-sac péritonéal 2^e^ CSP, le péritoine revêtant le cul-de-sac formé par l'utérus et par la paroi postérieure du vagin.

7° Derrière la tumeur formée par le vagin renversé, se voit en PPV, la coupe d'une espèce de rigole profonde formée par la paroi postérieure du vagin réfléchie sur elle-même : en effet, tandis que la paroi antérieure du vagin s'est déplacée dans toute sa hauteur, la paroi postérieure a résisté dans toute sa partie inférieure, et conserve les rapports qu'elle affecte avec le rectum.

8° Enfin, la cavité du rectum qui n'a nullement participé au déplacement.

Réflexions. — Pour se faire une idée de la lésion de contiguïté connue sous le nom de *chute* ou *prolapsus de l'utérus*, on peut supposer qu'un fil attaché au museau de tanche exerce une traction continue sur l'utérus dans le sens de l'axe du détroit inférieur. Cette traction aurait pour effet, d'une part, l'allongement; d'une autre part, l'abaissement de cet organe : or, il résulte de la dissection attentive de plusieurs cas du même genre que c'est tantôt l'allongement et tantôt l'abaissement qui domine dans les chutes de l'utérus. J'ai même vu quelques cas dans lesquels l'allongement était tel que, vu par le bassin, l'utérus paraissait occuper sa place accoutumée. Quelque peu résistans que soient les liens qui fixent l'utérus, ils suffisent cependant pour lutter efficacement contre les causes de déplacement. Cette disposition, savoir la coïncidence du renversement du vagin et du défaut de déplacement de l'utérus qui a seulement subi un allongement considérable, cette disposition, dis-je, qui est assez fréquente, prouve bien évidemment que, dans certains cas au moins, le déplacement de l'utérus a son principe dans le renversement du vagin.

Le vagin se renverse sur lui-même, à la manière d'un doigt de gant, par un mécanisme qui est tout-à-fait semblable à celui des invaginations de l'intestin. Si nous considérons la cavité utérine comme faisant suite à la cavité vaginale, et les parois utérines comme se continuant avec les parois vaginales, nous aurons, dans le principe du prolapsus de l'utérus, une invagination à trois doubles, savoir : 1° une partie centrale invaginée, c'est l'utérus; 2° deux doubles de vagin. Plus tard, lorsque le renversement est complet, il n'y a plus que deux doubles, comme dans les chutes du rectum, savoir : la partie centrale, qui est l'utérus, invaginée dans le vagin renversé. Toutefois, même dans les déplacemens les plus complets, on rencontre constamment vestige du second double formé par le vagin, dans la rainure plus ou moins profonde qui existe en arrière de la tumeur; car, tandis que le renversement de la paroi antérieure du vagin est complet, le renversement de la paroi postérieure ne l'est jamais, ou presque jamais, à quelque degré que soit parvenu le déplacement; aussi les tumeurs formées par le déplacement de l'utérus ont-elles toujours un diamètre vertical plus considérable en avant qu'en arrière.

Telle est la connexion qui existe entre le canal de l'urètre et la vessie d'une part, le vagin et l'utérus de l'autre part, que le déplacement de ces dernières parties ne peut s'effectuer sans entraîner et le canal de l'urètre et le bas-fond de la vessie qu'on rencontre constamment dans l'épaisseur de la tumeur entre la paroi antérieure du vagin et la face antérieure de l'utérus. Le péritoine est attiré lui-même avec la vessie, pour peu que le déplacement de celle-ci soit considérable, et forme un cul-de-sac qui est toujours de beaucoup au-dessus du niveau du cul-de-sac formé par la vessie déplacée. Il résulte du déplacement du canal de l'urètre que, dans le cathétérisme pratiqué pour ce genre de maladie, on doit diriger la sonde en bas et en arrière, en portant sa concavité en bas. Il résulte encore du déplacement de la vessie que la sonde pénètre d'abord dans la portion de vessie déplacée, pour être ensuite portée, par un mouvement de bascule, dans la portion de vessie restée en place.

Les rapports du rectum et de la face postérieure du vagin étant immédiats à leur partie inférieure, on aurait lieu de s'étonner que le rectum ne suivît pas le vagin dans son déplacement de la même manière que la vessie suit la paroi antérieure de ce canal, si on

ne savait que la partie inférieure du rectum est plus fixe que le bas-fond de la vessie. Aussi, n'ai-je jamais rencontré le rectum dans l'épaisseur de la tumeur. En outre, pour que le rectum suivît la paroi postérieure du vagin, il faudrait que le renversement de cette paroi postérieure fût aussi complet que celui de la paroi antérieure. Cependant les chutes de l'utérus entraînent quelquefois, sinon incontinence complète des matières fécales, au moins une grande diminution dans la contractilité du sphincter.

Il résulte encore des rapports du péritoine avec la face postérieure de l'utérus et du vagin, que le péritoine descend beaucoup plus bas entre la paroi postérieure de l'utérus et la paroi postérieure du vagin qu'entre la paroi antérieure de l'utérus et la paroi antérieure du vagin. On conçoit combien de conséquences pratiques doivent découler de ces rapports sous le point de vue chirurgical.

Il suit de la différence qui existe entre le cul-de-sac péritonéal antérieur et le cul-de-sac péritonéal postérieur à l'utérus, que le cul-de-sac péritonéal antérieur est, en général, trop peu considérable pour admettre les intestins grèles, tandis que le cul-de-sac péritonéal postérieur peut en admettre une très grande, une énorme quantité; c'est dans ces cas que les tumeurs formées par les chutes de l'utérus acquièrent un développement si considérable, celui de la tête d'un adulte, par exemple. On a lieu de s'étonner que ces déplacemens d'intestins ne soient pas plus fréquens.

Indépendamment de l'allongement que subit l'utérus, son museau de tanche et la partie voisine du col éprouvent de remarquables modifications. Presque toujours la partie inférieure du col utérin devient très volumineuse, en sorte que l'utérus se termine inférieurement par un renflement très considérable : souvent la portion intermédiaire au corps de l'utérus et au museau de tanche étant très rétrécie, l'utérus présente assez bien la forme d'une calebasse. Du reste, l'hypertrophie du museau de tanche est accompagnée d'un ramollissement notable avec développement vasculaire de cette partie.

L'orifice inférieur du museau de tanche est plus ou moins déformé; l'une des lèvres, ordinairement la postérieure, est très considérable, tandis que l'antérieure est effacée. Cet orifice est ordinairement semi-lunaire à concavité postérieure : dans un cas soumis à mon observation, l'orifice, au lieu de présenter son plus grand diamètre transversalement, le présente d'avant en arrière; il y avait donc, dans ce cas, une lèvre gauche et une lèvre droite; celle-là était beaucoup plus volumineuse.

L'orifice du museau de tanche est quelquefois réduit à un pertuis extrêmement fin qui donne difficilement passage au sang des règles lorsque la malade est réglée.

Enfin, il peut être oblitéré. Dans un cas de ce genre que j'ai sous les yeux, et qui avait sans doute appartenu à une femme âgée, l'utérus (col et corps) est converti en une cavité à parois molles et peu épaisses, remplie d'une sorte de boue blanchâtre, micacée. La partie micacée est évidemment formée par des cristaux de cholestérine.

Le déplacement de la vessie, qui est inévitable dans la chute de l'utérus, a quelquefois pour résultat l'incontinence d'urine; plusieurs des malades couchées dans la division des gâteuses de la Salpêtrière présentent une chute de l'utérus qui doit être raisonnablement considérée comme la cause de l'incontinence dont elles sont affligées. Ce déplacement de la vessie entraîne non moins souvent une grande difficulté dans l'émission des urines. De là le développement ou l'allongement de la vessie qui déborde presque toujours le pubis; de là les calculs urinaires qui sont si fréquens dans ce cas. Ordinairement les calculs urinaires occupent la portion de vessie déplacée : cependant j'ai vu tout récemment un cas dans lequel la portion de vessie déplacée en était exempte, tandis que la vessie proprement dite était entièrement remplie par un calcul conoïde aplati d'avant en arrière. Cette pièce a été déposée au musée Dupuytren. Dans ce cas, la vessie proprement dite devait servir à bien peu de chose, car elle paraissait exactement moulée sur la volumineuse pierre, à la manière de la vésicule du fiel dans certains cas de calculs biliaires.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

Cancer.

(PLANCHE II, XXVII^e LIVRAISON.)

L'importance du sujet, la nécessité de multiplier les preuves pour établir cette vérité, que le *siége du cancer est dans les veines* motivera suffisamment l'utilité de cette planche, malgré la grande analogie qu'elle présente avec la planche 6 de la XXIII^e livraison.

EXPLICATION DES FIGURES.

Les fig. 1 et 2 représentent deux cas différens. La fig. 1 représente, de profil et vus par leur surface externe, la vessie et l'utérus d'une femme morte avec tous les symptômes d'un cancer utérin. Le rectum parfaitement sain et libre d'adhérences en a été séparé. Le tissu aréolaire qui occupe les côtés de la vessie n'est autre chose que le plexus veineux si considérable de cette région. J'ai vidé une partie de ces veines du suc cancéreux qui les remplissait VV. Une autre partie est encore distendue par ce même suc qui a la consistance et l'aspect du suif ramolli ou du sain-doux. La surface externe de l'utérus dépouillé de sa membrane péritonéale présente une disposition celluleuse très prononcée. Chaque cellule est remplie de suc cancéreux. La coupe de ce tissu présentait l'aspect de la fig. 2. La pression exercée sur les bords de la coupe faisait suinter, sous la forme de vermisseaux, le suc cancéreux épais contenu dans les cellules ; soumis à l'action d'un jet d'eau et débarrassé du suc cancéreux qui l'infiltrait, ce tissu utérin est représenté fig. 3. — L'ovaire O et la trompe utérine gauche T G sont appliqués sur les côtés de l'utérus et adhérens.

La fig. 2 présente une coupe de l'utérus, de la vessie et du rectum appartenant à une autre femme morte également avec tous les symptômes du cancer utérin. On voit que l'utérus est converti dans toute son étendue en un tissu spongieux dont les cellules sont remplies de suc cancéreux. Au centre est une eschare E S C.

L'altération est exactement limitée au museau de tanche : le vagin en est complètement exempt, ce qui est fort rare ; la vessie est considérablement hypertrophiée et adhérente à l'utérus, mais sans altération. Le rectum, adhérent dans toute l'étendue de la face postérieure de l'utérus, se réfléchissait en quelque sorte sur son fond auquel il était intimement uni pour venir s'accoler à la partie supérieure de la face postérieure de la vessie. L'uretère, le bassinet et les calices droits étaient très dilatés. Le rein correspondant atrophié. Il y avait oblitération complète de la partie inférieure de l'uretère.

La fig. 3 représente une tranche du tissu de l'utérus qui a été soumise à l'action du jet d'eau et complètement dépouillée du suc cancéreux. On voit parfaitement la disposition spongieuse du tissu utérin, l'inégalité de capacité des cellules et la communication de ces cellules entre elles; dans les points les moins altérés, se voyait encore le tissu utérin, dont les filamens avaient été dissociés en raison de l'ampleur des cellules; dans les points les plus altérés, le tissu utérin avait disparu, il était atrophié et la coupe de l'utérus représentait exactement l'aspect de la coupe des os cancéreux figurée dans une des précédentes livraisons. La communication de ces cellules avec les veines libres que remplissait également le suc cancéreux ne peut laisser de doute sur la présence de ce suc dans le système capillaire veineux.

Réflexions. — La forme du cancer dans laquelle l'utérus est transformé en un tissu spongieux d'où l'on fait suinter par la pression, sous la forme de vermisseaux, un suc cancéreux plus ou moins consistant, de telle manière que ce tissu vidé par des préparations convenables, représente une sorte de feutre ou de tissu aréolaire caverneux, cette forme, dis-je, qu'on pourrait appeler *cancer pultacé aréolaire*, est sans contredit la plus fréquente de toutes. Il y a identité d'aspect entre la trame aréolaire de ce tissu cancéreux dépouillé du suc qui l'infiltre et le tissu érectile, ce qui ne doit pas étonner, puisque le tissu érectile accidentel n'est lui-même autre chose qu'un développement du système capillaire veineux. J'ajoute qu'il y a non-seulement identité d'aspect, mais affinité entre le tissu érectile et le tissu cancéreux ; et cette affinité de nature, si je puis m'exprimer ainsi, se manifeste par leur coexistence fréquente dans le même organe. Je me rappelle avoir trouvé dans un foie parsemé de masses cancéreuses une de ces tumeurs qui se continuait avec une masse non moins considérable de tissu érectile, si bien qu'ayant soumis le foie à la macération, de telle manière que, le sang d'une part et le suc cancéreux de l'autre, fussent complètement

entraînés par le liquide, il me fut impossible d'établir la limite entre le tissu érectile et le tissu cancéreux. La seule différence que j'y remarquai, ce fut un peu plus de fragilité, un peu moins de force de cohésion dans la partie de tissu aréolaire qui avait appartenu au cancer que dans celle qui avait appartenu au tissu érectile.

Un autre point d'analogie entre le tissu cancéreux et le tissu érectile, c'est leur faculté de s'étendre d'une manière illimitée à tous les organes, indépendamment de leur nature et de la transformation de ces organes en un tissu identiquement le même.

Je regarde comme une vérité acquise à la science ce fait : que le *cancer a son siége immédiat dans le système veineux :* le système lymphatique dont l'inflammation très fréquente à la suite des couches a été si souvent prise pour l'inflammation des veines et qui a d'ailleurs tant d'analogie de structure avec les veines, partagerait-il avec ces dernières le triste privilége d'être le siège immédiat du cancer? La propagation si facile de la dégénération cancéreuse aux ganglions lymphatiques qui sont en communication avec les organes primitivement affectés, n'est-elle pas une présomption en faveur de cette manière de voir ?

C'est dans le but d'arriver à quelque chose de positif à cet égard que, dans mes nombreuses autopsies de femmes mortes d'un cancer utérin, j'ai examiné avec soin le système lymphatique : voici ce que j'ai observé. Les ganglions lymphatiques pelviens sont presque toujours affectés dans le cancer utérin. Je signalerai surtout deux ganglions situés l'un à droite, l'autre à gauche, sur les parties latérales du bassin, au niveau de la partie la plus élevée de l'échancrure sciatique, et qui sont souvent les seuls dégénérées. Les ganglions lymphatiques lombaires participent bien plus rarement à la dégénération que les ganglions pelviens : souvent même, ces derniers ganglions sont volumineux, rouges, sans présenter aucune trace d'altération cancéreuse. Les ganglions lymphatiques inguinaux ne sont cancéreux que lorsque la dégénération affecte les parties génitales externes ou l'orifice du vagin. Certes, ce ne peut être que par le moyen des vaisseaux lymphatiques que les ganglions sont affectés, mais on cherche vainement une lésion intermédiaire aux ganglions et à l'organe. — J'examine le canal thoracique à chaque autopsie, et il ne m'est arrivé qu'une fois d'y rencontrer du suc cancéreux. Une autre fois, j'ai trouvé le suc cancéreux dans un grand nombre de vaisseaux lymphatiques qui répondaient à des ganglions lymphatiques dégénérés. Je vais rapporter ici ces deux observations.

Cancer aréolaire pultacé de l'utérus et du vagin. — Suc cancéreux extrêmement abondant : ce même suc se retrouve dans le canal thoracique et dans les vaisseaux lymphatiques qui s'y rendent immédiatement.

Une vieille femme est apportée mourante à la Salpêtrière. Grand dépérissement; pouls misérable: métrorrhagie. La malade a été réduite à cet état par des pertes extrêmement abondantes : elle s'éteignit.

A l'ouverture, je trouvai que le corps de l'utérus était transformé en une poche à parois minces, flexibles, dont la surface interne était mamelonnée. Le col de l'utérus est méconnaissable, c'est un tissu aréolaire blanchâtre qu'infiltre, comme une éponge une grande quantité de suc cancéreux qui suinte de toutes parts à la moindre pression. La dégénération s'arrête d'une manière nette et tranchée au corps de l'utérus, mais du côté du vagin, elle s'étend aux trois quarts supérieurs de la paroi antérieure et à la moitié supérieure de la paroi postérieure de ce conduit. L'altération a également envahi le bas-fond de la vessie. — Le rectum est sain.

Le canal thoracique contenait une quantité notable de suc cancéreux : le même suc se retrouve dans plusieurs vaisseaux lymphatiques collatéraux qui sont considérablement dilatés et dans lesquels ce suc forme des espèces de foyers.

Cancer de l'utérus, de la vessie et de la plupart des ganglions lymphatiques abdominaux et susclaviculaires. — Vaisseaux lymphatiques cancéreux.

Madame Delacour, 45 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière, salle St.-Paul n. 6, le 2 août 1835.— Tumeur du volume d'un œuf de dinde, dans le triangle sus-claviculaire.—En outre, maladie de l'utérus qui a débuté, il y a dix mois, par un écoulement de sang remplacé au bout de quelque temps par un écoulement blanc. Toute la paroi antérieure du vagin et le museau de tanche sont indurés. La paroi postérieure est saine.—Elle n'a eu qu'un enfant, il y a 14 ans; à la suite de ses couches, est survenue à la glande mammaire gauche une tumeur qu'on a extirpée : à la même place se voit une cicatrice et au-dessous une tumeur profonde avec fluctuation obscure, tumeur que je soupçonne de nature cancéreuse, mais qui n'était autre chose qu'un abcès enkysté.

La tumeur sus-claviculaire présenta un accroissement rapide et devint fluctuante. La peau qui la recouvrait était violacée. On aurait dit d'un abcès prêt à s'ouvrir ; mais bien qu'il n'y ait qu'une connexion très éloignée entre une tumeur sus-claviculaire et un cancer utérin, l'existence bien constatée de ce dernier et aussi le caractère de la tumeur m'éloignèrent de l'idée d'un abcès et par conséquent de son ouverture; en effet, la tumeur s'éroda mais ne se vida pas. La malade arriva graduellement au marasme le plus complet et s'éteignit.

Ouverture du cadavre. — La tumeur sus-claviculaire était de nature cancéreuse et formée par un tissu spongieux plein de suc cancéreux qui en suintait comme d'une éponge. L'aspect violacé de la tumeur tenait à un réseau veineux considérable développé sous la peau extrêmement amincie et transparente qui la recouvrait.

Un très grand nombre de ganglions lymphatiques cancéreux, mais d'un petit volume, côtoyaient la face postérieure de la clavicule et se continuaient le long de la veine jugulaire interne d'une part et d'une autre part, le long du tronc veineux brachio-céphalique gauche, auxquels ils adhéraient et qu'ils rétrécissaient de manière à devoir gêner plus ou moins le retour du sang. Quoique très durs, ils étaient pénétrés de suc cancéreux. — En étudiant cette région sus-claviculaire, je vis qu'à la masse formée par la tumeur déjà décrite, était annexée une multitude de granulations miliaires, très dures qui s'enfonçaient dans l'épaisseur du trapèze. Ces granulations, disposées par traînées régulières, dont la nature fut d'abord pour moi problématique, étaient formées par du suc cancéreux concret déposé de distance en distance, peut-être au niveau de chaque paire de valvulves, le long des vaisseaux lymphatiques.

Le canal thoracique avait acquis un volume considérable dû à une lymphe légèrement teinte en rose qui le distendait, mais point de suc cancéreux dans sa cavité. Il adhérait intimement en bas à des ganglions lymphatiques cancéreux qui le comprimaient; en haut, il était rétréci par des ganglions dégénérés qu'il traversait pour se jeter dans les veines jugulaires.

Les ganglions qui longent la partie lombaire de la colonne vertébrale étaient volumineux, adhérens les uns aux autres, de manière à former un gros cordon non interrompu, au centre duquel se voyait l'aorte et la veine-cave inférieure qu'ils comprimaient, mais sans nuire à la circulation. Ce cordon lobuleux s'étendait en bas, le long des veines iliaques internes jusque dans le bassin.

Les ganglions mésentériques, surtout ceux qui occupent la base du mésentère, étaient très volumineux: à ces ganglions aboutissaient plusieurs vaisseaux lymphatiques visibles sans injection, et qui présentaient de distance en distance des nodosités formées par du suc cancéreux concret.

Les ganglions lymphatiques situés dans le mésentère, ceux qui longent l'artère splénique, étaient petits, pénétrés de suc cancéreux comme tous les ganglions lymphatiques qu'il m'a été donné d'apercevoir.

L'altération de l'utérus est remarquable : un peu plus volumineux que de coutume, cet organe présente à la coupe un aspect fibreux comme dans l'état naturel, et cependant la compression en fait suinter, comme d'une éponge, le suc cancéreux qui infiltrait le corps tout aussi bien que le col. C'est le cancer aréolaire pultacé au premier degré. D'après ma manière de voir, le suc cancéreux avait son siège dans tout le système veineux utérin, mais sans distension des vaisseaux, de telle manière que le tissu de l'utérus intermédiaire n'était ni atrophié, ni altéré. Le museau de tanche est remplacé par une petite végétation fongueuse.

La vessie présentait à sa surface interne une multitude de saillies ou tubercules développés dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Ces tubercules, de nature cancéreuse, étaient tout-à-fait indépendans du cancer utérin, car ils occupaient tout aussi bien la face antérieure que la face postérieure de la vessie, le sommet que le bas-fond du même organe. Le poumon gauche présentait des adhérences et une grande quantité de tubercules à son sommet. Le poumon droit était le siège d'une pneumonie œdémateuse.

Dans l'observation qui précède, on ne saurait admettre aucune connexion directe entre la dégénération cancéreuse de l'utérus et celle du système lymphatique : il y a eu rapport de coïncidence, mais non de dépendance. Cette observation me paraît établir que les vaisseaux lymphatiques sont susceptibles de la dégénération cancéreuse tout aussi bien que les ganglions; car si le premier fait rapporté plus haut, semble constater que le suc cancéreux contenu dans le canal thoracique et dans les vaisseaux lymphatiques collatéraux, y a été transporté par l'absorption, le second fait me paraît établir positivement le contraire; nous avons vu que le canal thoracique était très dilaté et rempli par une grande quantité de lymphe : or : si un obstacle mécanique a pu y arrêter la lymphe en circulation, à plus forte raison, aurait-il intercepté le passage du suc cancéreux, si ce suc cancéreux avait été résorbé. J'ai déjà exprimé la même opinion quant au pus, quant à la matière tuberculeuse qu'on rencontre aussi quelquefois dans les vaisseaux lymphatiques, pus, matières tuberculeuses que j'ai considérées comme formées sinon dans le lieu même où ils ont été observés, au moins dans le vaisseau lymphatique lui-même.

Cette sorte d'indépendance d'altération entre les ganglions et les vaisseaux lymphatiques,

sous le rapport de la suppuration, des tubercules et du cancer, est un fait extrêmement remarquable et qui à lui seul prouverait qu'il y a autre chose que des vaisseaux lymphatiques dans ces ganglions : il y a, en effet, un système capillaire veineux extrêmement riche, et c'est, d'après ma manière de voir, ce système capillaire veineux qui est le siège ou l'organe de formation du pus, des tubercules et du cancer de ces ganglions.

J'ai vu dernièrement, dans les pavillons de la Faculté, un sujet jeune, dont tous les ganglions lymphatiques inguinaux et axillaires étaient convertis en des masses lobuleuses énormes; chacune de ces masses était un ganglion lymphatique cancéreux. — Les vaisseaux lymphatiques correspondans ne présentaient aucune espèce d'altération.

La figure 2 m'a présenté un exemple remarquable de dilatation de l'uretère avec atrophie du rein correspondant. Les rapports de l'uretère avec la partie latérale et supérieure du vagin et avec le bas-fond de la vessie qui est si souvent altéré dans le cancer utérin, expliquent la difficulté du passage des urines à travers les uretères dont la partie inférieure est souvent enveloppée de masses cancéreuses qui la compriment. Cette compression peut être portée jusqu'à l'oblitération complète : et chose bien remarquable ! cette oblitération n'a pas les conséquences funestes que la théorie semblerait indiquer. L'urine dilate l'uretère (voyez fig. 2); en même temps qu'elle le dilate, elle l'allonge et ce canal devient flexueux ou spiroïde, à la manière des veines variqueuses. Le bassinet, les calices se dilatent à leur tour, au point d'acquérir une capacité très considérable. Le rein comprimé par l'urine accumulée dans les calices dilatés s'atrophie graduellement et se convertit en une coque d'un jaune pâle, ayant quelque analogie de couleur avec l'altération du rein, connue dans ces derniers temps, sous le nom de maladie de Bright; et cette atrophie peut être portée au point que la sécrétion d'urine soit nulle ou si peu abondante que l'absorption puisse aisément débarrasser du trop-plein.

Ayant eu occasion de rencontrer des exemples de rétention complète de bile chez des ictériques, rétention déterminée par l'oblitération soit du canal hépatique, soit du canal cholédoque à son embouchure dans le duodénum, j'ai été frappé de voir la petitesse du foie réduit quelquefois au quart, au sixième de son volume : et rapprochant ce fait de la rétention complète de l'urine dans les uretères, je me suis demandé si la théorie que je viens d'émettre pour le rein, ne pouvait pas s'appliquer au foie. La rétention de la bile dans le canal cholédoque ou dans le canal hépatique a en effet pour conséquence la dilatation considérable de toutes les divisions des canaux hépatiques; la compression du foie qui contracte une couleur d'un vert olive, devient très dense, à grains extrêmement petits, et ces grains, atrophiés par la compression exercée sur eux par les radicules biliaires dilatées, sécrétent une si petite quantité de bile que l'absorption peut suffire pour débarrasser l'économie des matériaux surabondans. J'ai vu des cas dans lesquels les canaux biliaires étaient tellement dilatés que le foie semblait converti en un système de canaux ramifiés ayant des parois parenchymateuses constituées par le tissu du foie induré.

La même théorie s'applique au pancréas, dont j'ai rencontré plusieurs fois le canal excréteur, oblitéré sans dommage aucun pour l'économie.

Toutes les glandes sont donc sujettes à l'atrophie par suite de la rétention du liquide qu'elles sécrètent et de la compression exercée par la présence de ce liquide sur les grains glanduleux. Il serait curieux de voir par quelles voies supplémentaires l'économie se débarrasserait des matériaux qui constituent l'urine, si les deux uretères étaient en même temps oblitérés, et si la vie serait long-temps compatible avec l'absence complète d'excrétions urinaires. — Je crois être en droit de conclure que l'économie peut se passer pendant plusieurs mois d'excrétion biliaire dans le cas de rétention complète de la bile : alors tous les tissus de l'économie sont en quelque sorte imprégnés des matériaux de la bile portés par l'absorption dans le torrent circulatoire, et ces matériaux sont ensuite éliminés par les voies urinaires et par la transpiration cutanée.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

(PLANCHE VI, XXXIV^e LIVRAISON.)

Hernies de l'utérus.

L'utérus se déplace dans la maladie connue sous le nom de *chute de l'utérus*, et l'ovaire et la trompe suivent nécessairement l'utérus déplacé. Alors on voit tantôt l'ovaire et le pavillon de la trompe déborder en haut l'espèce de bourrelet circulaire formé par le vagin renversé, tantôt disparaître complètement, enfoncés qu'ils sont dans le cul-de-sac vaginal. La chute de l'utérus appartient au genre *invagination*, et nullement au genre *hernie*.

Les hernies proprement dites de l'utérus sont extrêmement rares, et voilà sans doute pourquoi la théorie de leur formation est encore si peu avancée. La planche VI fournira un exemple remarquable de hernie crurale de l'utérus. Quelques réflexions pourront jeter quelque jour sur le mécanisme de sa production.

EXPLICATION DES FIGURES.

Sur le cadavre d'une vieille femme de la Salpétrière, les élèves me montrèrent une hernie crurale de l'utérus: elle avait été examinée à la hâte, à peine disséquée, et je fus privé de l'occasion d'étudier dans tous ses détails ce fait important, dont je ne puis présenter que le point principal, le déplacement.

La figure 1 montre la portion d'utérus déplacée: c'est sous l'arcade crurale et par l'anneau crural que s'est effectué le déplacement. La portion d'utérus déplacée a été ouverte par une incision verticale. De chacun des angles supérieurs de l'utérus part un cordon. A ce cordon est appendu, d'un côté, un corps ovoïde, qui a exactement la structure de l'ovaire; d'un autre côté, une sorte de renflement creux T, qui m'a paru représenter le pavillon de la trompe; mais dans lequel je n'ai découvert aucun vestige d'ovaire. Je me suis évertué pour trouver dans chacun des cordons, et de leurs renflemens terminaux un vestige de trompe et d'ovaire; mais cela n'a pas été possible: les deux cordons étaient pleins. L'un des renflemens ne pouvait être que l'ovaire et l'ovaire seul; l'autre renflement creux ne pouvait être que le pavillon de la trompe. Bien que l'étude des lésions organiques m'ait habitué à voir des transformations de tissu singulières, je suis obligé d'avoir recours, pour expliquer le cas actuel, à un vice de conformation congéniale. Il eût été desirable que le sac herniaire n'eût pas été en mauvais état, pour déterminer ses rapports avec les parties déplacées.

La figure 2 montre la hernie, vue par l'intérieur du bassin. Le vagin VA a été divisé par sa paroi postérieure, et dans toute sa longueur. On voit que ce canal se porte très obliquement en haut et à gauche. On voit, en outre, que la partie déplacée est exclusivement formée par le corps de l'utérus, et que le col, non moins que le corps de cet organe, a subi un allongement notable. La vessie est restée en place derrière la symphyse.

La figure 3 permet d'apprécier l'élongation qu'a subie l'utérus. Son tissu a subi un ramollissement notable, et ce n'est pas la première fois que j'ai eu occasion d'observer que le développement de l'utérus dans le sens de sa longueur, est, par rapport à cet organe, un mode d'hypertrophie, de même que son développement dans ses autres diamètres, et que, dans tous les cas, cette hypertrophie s'accompagne d'un ramollissement de tissu fort remarquable. Cette considération ne serait pas sans importance pour le diagnostic de la maladie, qui serait impossible si l'on s'attendait à trouver l'utérus déplacé d'une consistance aussi ferme que l'utérus qui n'a subi aucun déplacement.

Je ferai remarquer l'orifice du museau de tanche, figure 3, l'étroitesse et la disposition circulaire de cet orifice, comme chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfans, circonstance qui peut être liée avec le vice de conformation présumé des trompes et des ovaires.

Considérations générales.

Les auteurs divisent les hernies de l'utérus en celles qui ont lieu pendant la grossesse, et en celles qui ont lieu hors l'état de grossesse.

Relativement aux hernies de l'utérus pendant la grossesse, on cite l'observation de Sennert, dont voici le résumé. Une femme grosse, aidant son mari, tonnelier, à courber une perche pour en faire un cerceau, fut frappée à l'aine gauche par l'extrémité de cette perche. Quelque

temps après, une hernie parut: c'était l'utérus qui augmenta de volume jusqu'au neuvième mois. On décida qu'il fallait extraire l'enfant à l'aide d'une incision, ce qui fut fait. La malade mourut inopinément le vingtième jour. L'enfant vécut neuf ans. — On cite encore un cas rapporté par Fabrice de Hilden, et qui a pour sujet une femme enceinte pour la neuvième fois, qui remarqua à l'aine gauche une tumeur dès les premiers temps de sa grossesse. Cette tumeur augmenta graduellement de volume et descendit jusqu'aux genoux. Une consultation décida qu'il fallait extraire l'enfant par une incision pratiquée sur l'utérus. La femme mourut le troisième jour, et l'enfant au bout de quelques mois.

Un sentiment pénible saisit à la lecture de ces observations, que l'on est tout étonné de voir rapportées sans critique par les auteurs les plus graves, comme s'il était démontré que, dans ces cas, il y avait véritablement hernie de l'utérus, et que la conduite qu'on a tenue était la seule qu'on dût tenir. Quant à moi, je ne crois nullement à l'existence de la hernie de l'utérus chargé du produit de la conception; je ne crois même pas à la possibilité de sa formation pendant la grossesse. J'ajoute que, quand bien même l'existence de cette hernie serait démontrée, la conduite qu'on a tenue était tout-à-fait blâmable, et que l'utérus déplacé, privé du concours d'action des parois abdominales, pourrait très bien se suffire à lui-même pour l'accouchement.

C'est, en effet, un bien faible auxiliaire pour l'accouchement que des parois abdominales prodigieusement distendues, comme cela se voit dans l'état de grossesse, surtout chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans, des parois abdominales tellement amincies, qu'il semble parfois que l'on touche à nu les organes situés derrière elles. Et n'est-il pas probable que, dans les cas précédens, l'utérus était encore contenu dans la cavité abdominale; mais que les parois de cette cavité, ayant perdu tout leur ressort, formaient une sorte de poche, dont la ténuité ne permettait pas de reconnaître la présence.

Si la hernie de l'utérus ne peut pas s'effectuer dans l'état de grossesse, on conçoit que l'utérus déplacé puisse n'être pas un obstacle à la conception, et que, dans ce cas, l'utérus se développe hors de l'abdomen; mais il est douteux que cette circonstance se soit jamais rencontrée.

La hernie de l'utérus, hors l'état de grossesse, est un fait acquis à la science (1). L'observation de Chopart, les deux observations recueillies à la Salpétrière par le vénérable Lallemant, chirurgien en chef de cet hôpital; le fait représenté planche VI, mettent la question hors de doute.

Voici le résumé des faits de Chopart et de Lallemant:

Sur le cadavre d'une femme âgée d'environ cinquante ans, Chopart (*Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 30) a vu la matrice sortir presque en totalité avec la trompe et l'ovaire gauches par l'anneau inguinal du même côté: elle était contenue dans un sac herniaire très large. La matrice était plus petite qu'elle ne l'est ordinairement, arrondie, allongée, plus étroite au niveau de l'anneau, pâle, flasque et présentant à son fond des lambeaux membraneux, qui paraissaient résulter du détachement de l'épiploon.

Lallemant a consigné dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation* (3e année, page 323), le fait suivant: Une femme, blanchisseuse de profession, vit se former, à l'âge de cinquante ans, une tumeur à l'aine droite. La tumeur, d'abord douloureuse, devint bientôt insensible: elle était longue de quatre à cinq travers de doigt et pyriforme. Sa base, qui descendait jusqu'à la grande lèvre, était extrêmement dure. Son sommet, qui répondait à l'anneau, conservait assez de mollesse. Cette femme étant morte d'une maladie de poitrine à l'âge de soixante-et-onze ans, Lallemant en fit la dissection. Il trouva, dans un sac herniaire très épais, la totalité de la matrice avec la trompe et l'ovaire du côté droit. L'autre ovaire et sa trompe étaient appliqués contre la partie externe de l'anneau. Le vagin, entraîné par la matrice, affectait une légère obliquité et comprimait contre le pubis la vessie urinaire, dont la capacité parut moindre que de coutume. La partie supérieure de ce canal et le museau de tanche qu'elle embrasse, avaient également franchi l'anneau.

Dans un autre cas, que Lallemant a consigné dans les *Bulletins de la faculté de médecine de Paris*, 1816 (t. I, p. 1), et qui a pour sujet une femme, âgée de quatre-vingt-deux ans, la tumeur existait depuis quarante

(1) Voyez *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, par madame Boivin et Ant. Dugès, Paris, 1833, t. I, p. 168 et suiv.

ans: elle était située à l'aine droite. Elle avait cinq pouces de longueur sur quatre de largeur. Sa forme était celle d'une pyramide à trois faces. L'une de ces faces était antérieure; l'autre postérieure appuyait sur la cuisse droite; la troisième, interne, dépassait la vulve de quelques pouces. La base était en haut, le sommet en bas, et la tumeur était plus large dans son milieu qu'à sa base. Sa direction était oblique de droite à gauche et de haut en bas. La peau avait tellement cédé qu'elle formait une vraie bourse pendante entre les cuisses. Le doigt, porté au dessus de la tumeur, reconnaissait l'anneau inguinal dans l'état naturel. Immédiatement au dessous, on sentait l'arcade crurale. A la dissection de la tumeur, on reconnut que les parties qui la formaient étaient situées derrière le ligament de Fallope. Ces parties étaient la matrice, les ovaires, les trompes utérines, une partie du vagin, deux cordons distincts de l'épiploon, enfin deux kystes ou peut-être des hydatides. La vessie et le rectum étaient dans leur situation naturelle.

Les auteurs ont complètement séparé, dans leurs descriptions, les hernies de l'ovaire des hernies de l'utérus. Or, plusieurs faits de hernies de l'ovaire, que j'ai eu occasion de rencontrer à la Salpétrière et ailleurs, m'ont conduit à admettre sur les hernies de l'utérus la théorie suivante: 1° La hernie de l'utérus est consécutive à une hernie de l'ovaire et de la trompe, et c'est par une sorte d'attraction que l'utérus est déplacé. La preuve, c'est que, dans les hernies de l'ovaire et de la trompe, l'angle correspondant de l'utérus est attiré derrière l'orifice interne du trajet inguinal, et même engagé dans cet orifice interne. L'utérus est déformé et a subi une sorte d'élongation dans le sens du tiraillement opéré sur cet angle. Si cette théorie est vraie, la hernie de l'utérus devra toujours être accompagnée de la hernie des ovaires et des trompes, et dans une première période, il ne devra y avoir qu'un ovaire et qu'une trompe. Ce n'est que dans une deuxième période, lorsque la totalité du fond de l'utérus aura été entraînée dans le déplacement, qu'on y trouvera les deux ovaires et les deux trompes. Or, dans la première observation de Lallemant, il n'y avait que l'ovaire et la trompe du côté droit. 2° L'attraction de l'utérus par l'ovaire et la trompe déplacés s'explique parfaitement et par les connexions intimes de ces annexes qui agissent sur l'utérus, à la manière de cordons, et par une disposition anatomique, qui ne me paraît pas avoir fixé l'attention des observateurs. Cette disposition anatomique est celle-ci: l'ovaire et la trompe déplacés sont constamment fixés à la paroi postérieure du sac herniaire par leurs ailerons; ils ne se déplacent jamais sans le ligament large qui les soutient, d'où il résulte que l'accroissement du sac herniaire se fait en partie aux dépens du ligament large, nouvelle source d'attraction de l'utérus.

Si cette théorie est vraie, l'étude des hernies de l'ovaire et de leurs causes prédisposantes, s'applique nécessairement aux hernies de l'utérus, et les hernies de l'ovaire pourraient être considérées comme le premier degré d'un déplacement dont la hernie de l'utérus serait le dernier terme.

Or, la présence du canal de Nuck et sa persistance, même chez quelques femmes avancées en âge, me paraissent expliquer en partie non-seulement la fréquence de la hernie inguinale ordinaire chez la femme, fréquence beaucoup plus grande qu'on ne croit communément; mais encore la hernie congéniale, la hernie accidentelle de l'ovaire: cette présence et cette persistance expliquent également la possibilité de la hernie inguinale congéniale de l'utérus et de la hernie inguinale accidentelle de cet organe, même à un âge très avancé. La position des ovaires, des trompes et du corps de l'utérus au dessus du niveau du détroit supérieur chez les enfans nouveau-nés, explique pourquoi les hernies de l'ovaire ont été plus souvent observées dans les premiers temps de la vie que dans l'âge adulte et la vieillesse.

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN.

(PLANCHE II, XXXVII^e LIVRAISON.)

Gangrène de l'utérus et du vagin. — Communication du vagin et de la vessie. — Inflammation chronique de l'uretère et du rein du côté droit.

Une femme d'une quarantaine d'années est apportée à l'hôpital de la Charité, dans les premiers jours de mai 1840, dans l'état suivant: vomissemens indomptables, froid algide des extrémités; absence du pouls; altération profonde des traits: elle meurt le lendemain du jour de son entrée. D'après les commémoratifs, je soupçonne une dégénération cancéreuse de l'utérus, et d'après l'état actuel, je soupçonne la gangrène de cet organe.

Ouverture du corps. Il ne reste de l'utérus que le corps (voyez planche II, fig. 1); le col a été complètement détruit par la gangrène. Destruction gangréneuse de la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin. Il résulte de cette destruction du col et de la partie supérieure du vagin, un foyer gangréneux sous-péritonéal, ou peut-être péritonéal, mais limité par des adhérences; ce foyer occupe la face antérieure du rectum, qui n'a nullement participé à la désorganisation. La trompe et l'ovaire T, O, renversés en avant entre la vessie et l'utérus, et intimement unis aux parties voisines, concouraient à limiter en haut le foyer gangréneux. La destruction gangréneuse du col utérin et de la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin, s'est étendue au bas-fond de la vessie et a amené une large communication entre le vagin et la vessie.

La surface interne de la vessie CV est noire, couverte de plis : la couleur noire n'est pas due à la gangrène, mais est inhérente au tissu même de la muqueuse, qu'une pseudo-membrane mince recouvre.

L'uretère droit OD, fig. 1, est volumineux; son calibre, UO, fig. 2, est plus considérable que de coutume, et ses parois extrêmement épaisses. La membrane muqueuse, plissée longitudinalement dans toute la longueur de l'uretère, forme en outre deux replis ou diaphragmes extrêmement remarquables.

Le rein droit est entouré d'une couche adipeuse TA extrêmement dense, intimement unie à la capsule fibreuse CF : cette adhérence telle, qu'il a été impossible de la rompre sans déchirure, était due à la transformation fibreuse des lames qui traversent ce tissu adipeux. Cette seule circonstance, l'adhérence intime du tissu adipeux, me fait pressentir que le rein a été le siège d'une inflammation chronique.

En effet, la capsule fibreuse adhère si fortement au tissu propre du rein, que sa dissection, faite avec toutes les précautions possibles à l'aide du manche d'un scalpel, entraîne çà et là quelques lambeaux superficiels du tissu propre du rein FR.

La surface du rein ainsi dépouillé de sa membrane, présente des bosselures blanc jaunâtre : ce ne sont pas des foyers de pus, comme on aurait pu le croire au premier abord; c'est un tissu très dense, jaunâtre, jaspé.

La figure 2, qui représente une coupe du rein, donne une idée exacte de la manière dont le tissu de cet organe était infiltré de matière jaunâtre : on voit que l'altération porte sur la substance tubuleuse, non moins que sur la substance corticale; qu'un grand nombre de mamelons ont été détruits, si bien qu'au fond de plusieurs calices se voit la substance blanc jaunâtre jaspée dont j'ai parlé.

En même temps que le rein, j'ai fait représenter la capsule surrénale CS, fig. 1, qui était remarquable par son développement. La figure 2, CCS donne une idée exacte de la coupe de cette même capsule, qui est évidemment formée par une membrane plissée sur elle-même.

Réflexions. Plusieurs réflexions se présentent ici et sous le rapport de la lésion du rein, de l'uretère et de la vessie, et sous le rapport de la lésion de l'utérus et du vagin.

1° Le rein, l'uretère et la vessie ont été le siège d'une phlegmasie chronique. Cette phlegmasie chronique s'exprime dans la vessie par la couleur ardoisée; dans l'uretère, par l'épaississement des parois, et dans le rein par l'infiltration du pus. La couleur ardoisée des muqueuses, et je dois ajouter des séreuses, est le signe le plus infaillible d'une phlegmasie chronique, fixée sur ces membranes ou dans leur voisinage. Elle est le résultat de la combinaison de la matière colorante du sang avec le tissu. Or, tantôt elle coïncide avec une phlegmasie actuelle; tantôt, indépendante de tout travail morbide actuel, elle atteste seulement un travail phlegmasique antérieur, qui d'ailleurs peut n'avoir laissé aucune autre trace cadavérique, et se concilier avec l'intégrité de toutes les fonctions.

L'état du rein me paraît digne de fixer l'attention. J'ai eu occasion de rencontrer plusieurs fois, dans divers organes, cette espèce d'induration jaunâtre avec couleur jaspée, sans pouvoir en déterminer le véritable caractère. Ici, il m'a paru évident que cette altération

était, non une lésion morbide spéciale, analogue ou non à l'affection tuberculeuse, mais un mode de guérison d'abcès multiples du rein. La partie liquide du pus a été absorbée, les résidus solides et la matière colorante jaune se sont combinés avec le tissu cellulaire fibreux, qui constitue la cicatrice du foyer, d'où l'induration jaune.

Voilà donc un cas de guérison d'abcès multiples du rein, et ce n'est pas la première fois que j'ai eu occasion de signaler certaines altérations de tissus, qu'on serait tenté de prendre au premier abord pour des lésions morbides spéciales comme des lésions de restauration. Ainsi j'ai démontré ailleurs qu'il existait souvent dans les poumons des tubercules qui, au lieu d'être des tubercules de désorganisation, étaient des tubercules de cicatrisation. L'étude des poumons des vieillards m'a souvent permis de voir des tubercules de cicatrisation d'un noir de jais, ou gris noirâtre, tantôt miliaires, tantôt par petites masses irrégulières, quelquefois pénétrés de phosphate calcaire disposé en sables ou en graviers, tubercules de cicatrisation disséminés au milieu d'un tissu pulmonaire parfaitement sain.

2° Relativement à la *gangrène de l'utérus,* j'ai déjà eu occasion de parler de la gangrène comme terminaison fréquente du cancer de cet organe; or, la gangrène, tantôt détruit successivement et couches par couches les parties envahies par le cancer, tantôt s'empare en masse de toutes les parties dégénérées, si bien qu'il reste à peine vestige de l'altération primitive. Dans un grand nombre de cas, c'est seulement par quelques débris de matière cancéreuse échappés à la gangrène ou par quelques ganglions lymphatiques carcinomateux, situés dans le bassin ou à la région lombaire, que j'ai pu déterminer le véritable caractère de la maladie. Du reste, l'un et l'autre mode de terminaison par gangrène peut se reconnaître au lit du malade. Dans le cas de gangrène par couches successives, une fièvre intense, l'écoulement d'un ichor fétide et abondant, et au spéculum une perte de substance avec détritus gris-noirâtre, révèlent la présence de cette désorganisation progressive. Dans le cas de gangrène en masse, l'invasion subite des symptômes les plus graves au milieu d'un état qui paraissait compatible avec une vie plus ou moins prolongée, le froid des extrémités, la décomposition de la face, comme dans le cas représenté pl. II, XXXVII^e^ livraison, annoncent d'une manière positive cette fâcheuse terminaison. Cette gangrène de l'utérus, consécutive à sa dégénération cancéreuse, n'a rien de plus extraordinaire que la gangrène de la mamelle ou de l'estomac cancéreux : on peut même conjecturer que, si cette terminaison avait lieu à une période peu avancée, si elle envahissait toutes les parties dégénérées, elle pourrait être suivie d'une guérison au moins temporaire, comme on l'observe quelquefois dans les cancers mammaires.

Il est une gangrène de l'utérus qui succède à l'accouchement, et surprend, pour ainsi dire, l'organe au milieu du travail fluxionnaire et réparateur, que nécessitent les grandes modifications de texture amenées par l'état de grossesse et par l'accouchement. Cette gangrène, que j'ai observée plusieurs fois à la Maternité, a pour caractère un détritus noir, glutineux, très adhérent, qui occupe la face interne de l'utérus, aux dépens des couches internes dont il est constitué.

Existe-t-il, hors l'état de grossesse, une gangrène primitive de l'utérus, c'est-à-dire une gangrène indépendante de toute espèce de dégénération antérieure? Le fait représenté planche II, XXXVII^e^ livraison, peut-il être considéré comme appartenant à cette catégorie? Je n'ose me prononcer complètement à cet égard, vu le défaut de renseignemens sur ce qui a précédé. Je me bornerai à faire remarquer que si, d'une part, les traces de phlegmasie chronique du rein gauche, de l'uretère et de la vessie, semblent indiquer une maladie antérieure de l'utérus, dont cette phlegmasie n'aurait été qu'une complication; d'une autre part, l'absence complète de toute dégénération cancéreuse aux limites de la gangrène semble militer en faveur de la gangrène primitive.

L'observation suivante fournira un exemple de gangrène par érosion du vagin, consécutive à une induration cancéreuse du tissu cellulaire du bassin : elle est remarquable, parce qu'elle a été méconnue pendant la vie, parce qu'elle a été prise d'abord pour une névralgie sciatique, puis pour un œdème douloureux spontané.

Douleurs sciatiques très intenses. — Foyers sanguins sous-cutanés multiples. — OEdème douloureux du membre inférieur gauche. — Induration cancéreuse du tissu cellulaire du bassin. — Gangrène par érosion de la partie supérieure du vagin.

Dubois, trente-six ans, couturière, jouissant habituellement d'une bonne santé, est entrée à l'hôpital de la Charité dans les premiers jours de septembre 1840, pour une douleur sciatique du côté gauche. La malade indiquait parfaitement le trajet du nerf sciatique, depuis sa sortie de l'échancrure sciatique jusqu'au milieu de la cuisse. Elle raconte que ces douleurs, qui existaient depuis deux mois environ, étaient provoquées ou exaspérées par la marche, si bien qu'il lui était souvent impossible de faire un pas de plus, et même que, plusieurs fois, elle avait été obligée de s'arrêter brusquement en poussant des cris, de se coucher à terre, même dans la boue, jusqu'à ce que la crise de douleur fût passée.

Je diagnostiquai une névralgie sciatique. Aucun dérangement ne me fut signalé, ni dans les fonctions de la menstruation, ni dans les fonctions digestives. L'état général paraissait excellent. Les sangsues appliquées le long du trajet douloureux, les ventouses sèches et scarifiées, les frictions avec le liniment volatil camphré, les bains sulfureux successivement mis en usage, amenèrent un soulagement tel, que la malade était sur le point de sortir de l'hôpital.

Un matin, à la visite, cette malade me parla d'une contusion qu'elle disait avoir reçue à la jambe gauche, et me montra une petite tumeur sous-cutanée, dont la couleur bleuâtre révélait la nature : c'était une bosse sanguine. Plusieurs bosses sanguines tout-à-fait semblables se voyaient autour de la première ; de nouvelles bosses sanguines se manifestèrent successivement aux deux membres inférieurs : on en compta jusqu'à cinquante. Je reconnus là un des effets de la phlébite : phlébite hémorrhagique ; petits foyers apoplectiques cutanés ou sous-cutanés, dont la résolution ne tarda pas à s'effectuer. Quelle était la cause de cette phlébite ? Mon diagnostic ne put pas remonter à la véritable cause.

Le 30 octobre, survient un œdème douloureux du membre inférieur gauche. Cet œdème n'est véritablement douloureux qu'à la région inguinale et seulement sur le trajet de la veine. Le membre est insensible dans tous les autres points. A ces signes, je reconnais une phlébite limitée à la région inguinale. Quelle en est la source ? J'ose à peine l'avouer, il ne me vint pas dans l'idée de vérifier l'état de l'utérus.

A cet œdème douloureux du membre inférieur que je croyais spontané, se joignit une gangrène des gencives et des joues. Les gencives qui répondent aux incisives inférieures s'usèrent par un travail désorganisateur tout-à-fait semblable à celui de la pourriture d'hôpital. Plusieurs eschares, semblables à celles que produit l'emploi du calomel chez certains sujets, se manifestèrent à la face interne des joues.

Depuis l'invasion de l'œdème et de la gangrène des gencives, l'état général avait fléchi, la face était devenue jaunâtre ; mouvement fébrile ; anorexie ; insomnie. Quelques sangsues à l'aine, des gargarismes avec décoction de quinquina, des potions opiacées pour procurer quelques instans de sommeil, les acides végétaux, tels furent les principaux moyens employés. La malade mourut plus promptement que je ne le croyais, le 21 novembre, vingt jours environ après l'apparition de l'œdème douloureux et de la gangrène des gencives.

Ouverture. — La veine iliaque externe et la veine crurale étaient le siège exclusif de la phlébite, dont le centre était à l'aine. Dans ce point et dans l'étendue de deux pouces environ, la veine était tout-à-fait solide ; sa section perpendiculairement à son axe, a montré une surface blanchâtre compacte et uniformément consistante. Le caillot obturateur, qui était extrêmement adhérent, se terminait brusquement à ses deux extrémités en cône obtus : il était constitué par des lamelles superposées, très minces et facilement séparables. En haut et en bas, ces lamelles constituaient comme des cornets d'oublies : cette disposition du caillot à ses extrémités en cornets d'oublies, explique pourquoi, dans la phlébite purulente, le pus est toujours ou presque toujours séparé du sang en circulation par une espèce de kyste que constitue une couche quelquefois très mince de caillot dense et décoloré.

A deux pouces au-dessous du caillot précédent, la veine crurale présente un autre caillot décoloré et dense, de trois à quatre lignes de longueur, auquel faisait suite un caillot tout récent. On ne peut expliquer que par une phlébite très circonscrite la formation de ce petit caillot ainsi isolé. Entre les deux caillots, la veine était remplie par du sang récemment coagulé et adhérent.

La veine-cave inférieure et les veines iliaques primitives, étaient parfaitement saines. Je voulus examiner la veine hypogastrique ; mais quelle fut ma surprise, lorsque je vis que la moitié latérale gauche du bassin était remplie par une masse indurée qui ne permettait aucune dissection.

La symphyse ayant été cernée par deux coupes latérales, j'ai fait enlever cette symphyse avec toutes les parties contenues dans le bassin, en rasant les os, et j'ai vu que le tissu cellulaire du bassin était tellement induré à gauche, qu'il a été absolument impossible d'en isoler, par la dissection, et le plexus sacré et les vaisseaux hypogastriques. Le rectum, le vagin, et en partie l'utérus, étaient enveloppés par cette masse indurée. Ces organes ayant été incisés verticalement, j'ai vu qu'ils étaient étrangers à cette dégénération ; que les deux lèvres du museau de tanche étaient livides, recouvertes par une pseudo-membrane grisâtre, mais d'ailleurs sans altération de tissu. Cependant la partie inférieure et postérieure du col m'a paru plus

dense et plus blanche que les parties voisines, et je ne répondrais pas qu'elle ne fût sur le point de subir cette duration cartilaginiforme que j'ai indiquée pour le tissu cellulaire du bassin. L'altération portait essentiellement sur la partie supérieure du vagin, qui offrait une érosion très considérable, avec détritus gangréneux ; érosion qui représentait exactement l'état des gencives. Je suis persuadé que toute l'épaisseur du vagin avait été déjà détruite, et que le fond de la perte de substance ulcéreuse portait sur le tissu cellulaire induré. Quant à l'induration, elle offrait la résistance du cartilage, et n'était pénétrée d'aucune espèce de sucs. Les ganglions lymphatiques situés derrière l'arcade crurale et les ganglions lombaires, étaient volumineux, rougeâtres et fragiles. Je n'y ai pas trouvé de suc cancéreux. Le rein gauche présentait à sa surface des portions décolorées, comme il arrive lorsqu'il a subi la dégénérescence cancéreuse par masses disséminées; mais son tissu incisé ne m'a pas paru offrir d'altération manifeste.

Réflexions. Quel est le caractère de cette induration chondroïde du tissu cellulaire du bassin? Est-ce une des formes du cancer, la forme squirrheuse à son maximum de développement? Je n'oserais me prononcer à cet égard, tant cette altération offre de points de contact avec les indurations ordinaires, suite de phlegmasies chroniques.

L'état des ganglions lymphatiques correspondans, qui si souvent révèle le véritable caractère d'une lésion équivoque, ne m'a été ici d'aucun secours. L'altération du rein n'était en quelque sorte que rudimentaire, et ne pouvait servir à éclaircir la question. Le caractère cancéreux de la dégénération n'est donc pas positivement démontré; mais je crois pouvoir inférer de cas analogues qu'il est infiniment probable. Le siège principal de l'altération dans le tissu cellulaire du bassin n'est nullement en opposition avec cette manière de voir, et ce n'est pas la première fois que j'ai vu les dégénérations cancéreuses débuter par le tissu cellulaire du bassin ou attaquer exclusivement ce tissu cellulaire. L'érosion gangréneuse est une terminaison si fréquente dans le cancer, et si rare dans l'induration simple, que sa présence dans le cas actuel milite puissamment en faveur de la dégénération.

La phlébite du membre inférieur est une des conséquences les plus fréquentes du cancer de l'utérus, et cette phlébite, qui se manifeste par un œdème douloureux, tout-à-fait semblable à l'œdème douloureux des femmes en couches, est presque toujours la conséquence de l'inflammation des veines du bassin, qui se propage à la veine iliaque externe, à la veine iliaque primitive, et même à la partie inférieure de la veine-cave.

Je ferai remarquer à cette occasion que l'œdème douloureux présente des différences bien tranchées, suivant que la phlébite occupe les gros troncs veineux seulement, ou qu'elle occupe les gros troncs veineux et leurs divisions. La phlébite est-elle limitée aux gros troncs veineux, la douleur ne dépasse pas le trajet de ces gros troncs veineux : elle est nulle dans les autres points de la circonférence du membre. Dans le cas, au contraire, où la phlébite occupe les divisions veineuses, la douleur occupe tous les points correspondans. J'ai déjà dit que les épanchemens sanguins spontanés, survenus dans le cours de la maladie, antérieurement à l'œdème, étaient un des effets de la phlébite, et constituaient la forme que j'ai désignée ailleurs sous le titre de *phlébite hémorrhagique.*(1)

L'érosion gangréneuse des gencives, coïncidant avec l'érosion gangréneuse du vagin et avec la phlébite, ne prouve-t-elle pas une altération profonde du sang, et ne vient-elle pas à l'appui des idées des anciens et des modernes sur les altérations scorbutiques, qu'ils considéraient comme l'effet d'un vice dans le sang.

Enfin, je ferai remarquer que la maladie a débuté par une douleur sciatique indépendamment de tout autre symptôme; que cette douleur sciatique ressemblait identiquement à celle de plusieurs individus rhumatisés, couchés en même temps dans mon service; que l'absence d'écoulement, l'absence de douleurs utérines, l'absence de trouble quelconque dans la menstruation, m'ont éloigné de toute idée de lésion organique du vagin et de l'utérus. Il faut donc se rappeler, en clinique, qu'il y a une névralgie sciatique essentielle et une névralgie sciatique symptomatique, et que la dégénération primitive ou consécutive du tissu cellulaire du bassin est une des causes les plus fréquentes de cette douleur dont le point de départ est le plexus sacré.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article PHLÉBITE, tome XII, page 637.

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES.

(PLANCHE III, XXXIXe LIVRAISON.)

Les figures 1, 1', 1" et 1"' représentent un utérus extirpé par MM. Roux et Récamier, rue des Fossés-Monsieur-le-Prince.

La malade avait un écoulement abondant, mais non fétide; elle éprouvait des douleurs très vives dans les reins et à l'hypogastre. Le col utérin était dilaté; le museau de tanche, rouge, granuleux, mou, inégal; l'exploration par le rectum extrêmement douloureuse. La malade se soumit de grand cœur à l'opération qui lui fut proposée par M. Récamier, et qui fut pratiquée par M. Roux, aidé de M. Récamier.

L'opération, à laquelle j'ai assisté, fut longue et difficile : les adhérences fibreuses qui unissaient la face postérieure de l'utérus au rectum et aux parties voisines, ne permirent que difficilement d'atteindre le fond de l'utérus et de le culbuter en avant. Un corps fibreux, dont la coupe est représentée figure 1"', occupait la face antérieure de l'utérus; ce corps fibreux, que l'on prit, pendant l'opération, tantôt pour l'ovaire, tantôt pour le corps de l'utérus, fut la source de nouvelles difficultés, dont l'habileté de l'opérateur parvint à triompher; mais une circonstance devant laquelle vinrent échouer tous ses efforts, ce fut l'adhérence de la face antérieure du col utérin avec le bas-fond de la vessie; or la vessie fut ouverte et déchirée, ce qu'il fut facile de reconnaître par l'issue d'un flot d'urine.

Cette opération fut surtout douloureuse dans le temps de l'abaissement de l'utérus, et dans les recherches qui furent faites pour atteindre le fond de cet organe. La malade mourut le lendemain.

A l'examen du museau de tanche (fig. 1"), il était bien difficile de diagnostiquer une maladie cancéreuse; j'avoue que, pour mon compte, si j'avais été consulté pendant la vie de la malade, pour déterminer le caractère de la lésion, j'aurais été tenté de croire à l'inflammation chronique, bien plus qu'à la dégénération cancéreuse de l'utérus, et pourtant il y avait bien dégénération cancéreuse, disons-le, à l'honneur de la sagacité de M. Récamier; mais cette dégénération avait lieu aux dépens de la membrane muqueuse et des couches les plus internes de cet organe. La figure 1' rend parfaitement la disposition de la cavité utérine, ses granulations rougeâtres, sa destruction inégale et progressive, l'infiltration de ses parois, notablement ramollies par une matière cancéreuse demi transparente, qui voile dans une grande partie de leur étendue la direction des fibres utérines. L'érosion occupait surtout le fond de l'utérus, ou plutôt l'espèce d'infundibulum que présente l'utérus au niveau de l'insertion de chaque trompe; en sorte qu'une cloison incomplète établissait une ligne de démarcation entre la portion de la cavité utérine qui appartenait aux trompes et le reste de cette cavité. Du reste, le volume de l'utérus n'était pas augmenté.

La figure 1 représente la face postérieure de l'utérus, sur laquelle on peut apprécier les nombreuses brides A D, A D, qui établissaient les adhérences. On y voit une petite tumeur fibreuse au-dessous de la trompe gauche

Réflexions. Quelque bien conçu que soit le procédé opératoire imaginé par M. Récamier pour l'extirpation de l'utérus, cette extirpation doit être rejetée de la pratique. Cette répulsion, que je crois définitive, n'est pas fondée sur les difficultés de l'opération; toutes ces difficultés ont été prévues, surmontées par des manœuvres habiles; elle n'est pas non plus fondée sur la crainte de l'hémorrhagie, car il est facile de prévenir toute hémorrhagie par une ligature jetée sur les artères utérines proprement dites et sur les artères utéro-ovariennes; mais le véritable écueil tient aux adhérences qui existent naturellement entre le bas-fond de la vessie et la face antérieure du col utérin, adhérences qui deviennent intimes lorsque le col utérin est le siège d'une dégénération cancéreuse, si bien que la dégénération du col s'étend presque toujours au bas-fond de la vessie.

On doit d'autant plus regretter l'insuccès de cette opération, que le cancer de l'utérus est peut-être, de tous les cancers, celui qui reste le plus long-temps localisé, en sorte que la chance de non-récidive serait bien plus grande ici que dans les cas de cancer à la mamelle, qui se lie presque toujours à des lésions viscérales.

Relativement à la forme du cancer qui fait le sujet de cette observation, j'ai dit que le cancer avait envahi primitivement la membrane muqueuse, et s'était étendu progressivement des couches internes du tissu utérin aux couches les plus externes; cette forme, ou plutôt ce mode d'envahissement du cancer est assez rare, et peut jeter le praticien dans la plus grande perplexité, relativement au caractère de la maladie. Je le répète, avant d'avoir ouvert l'utérus, je n'aurais jamais pu, par l'inspection seule du museau de tanche, diagnostiquer un cancer de l'utérus dans le cas représenté fig. 1.

Comment, en effet, diagnostique-t-on le cancer de l'utérus? est-ce par les douleurs plus

ou moins vives des lombes, du sacrum, de l'anus, des aines, de l'hypogastre, des régions antérieures et latérales, des régions postérieures des cuisses? Mais si ces douleurs révèlent le siège de la maladie, il s'en faut bien qu'elles en révèlent la nature. Toutefois, comme la question de siège est quelquefois tellement importante, que sa solution est intimement liée à la question de nature, je ferai remarquer que l'ensemble des douleurs que je viens d'indiquer appartient exclusivement à l'utérus; que les douleurs de vessie qui pourraient simuler des douleurs utérines, sont plus locales, si je puis m'exprimer ainsi, ordinairement limitées aux régions de la vessie, et ne s'accompagnent pas des douleurs lombaire et sacrée, de douleurs le long des branches des plexus lombaire et sciatique, qui accompagnent toujours les maladies de l'utérus. J'attache une très grande importance à la douleur lombaire, et surtout à la douleur sacro-coccygienne, pour le diagnostic des maladies de l'utérus : il est rare qu'une lésion irritative de l'utérus ait lieu sans que cette lésion ne soit accompagnée d'une douleur à la pression ou indépendante de la pression le long de la colonne sacro-coccygienne : c'est cette douleur que j'ai coutume d'appeler le *point dorsal utérin.*

Les hémorrhagies et les divers écoulemens qui peuvent avoir lieu par la vulve ne sont pas des signes plus positifs que la douleur; ils annoncent une lésion de l'utérus, mais ne préjugent rien sur sa nature.

L'exploration de la face postérieure du corps de l'utérus par le doigt introduit dans le rectum, l'exploration de son fond par la région hypogastrique, celle de sa face antérieure par une sonde introduite dans la vessie, ne peuvent donner que des présomptions; car cette exploration ne peut résoudre que des questions de forme, de volume, et jusqu'à un certain point de consistance ; et les notions relatives à la forme, au volume et à la consistance des organes, ne préjugent rien quant au caractère de la lésion.

Nous n'avons donc de certitude sur l'existence d'un cancer de l'utérus, que lorsque le museau de tanche est le siège de la dégénération; or, le museau de tanche n'est pas toujours le siège primitif du cancer utérin, il arrive même que le museau de tanche est respecté pendant tout le cours de la maladie. J'ai vu plusieurs fois le corps de l'utérus désorganisé par le cancer, alors que le col ou la partie inférieure du col était parfaitement saine; dans d'autres circonstances, c'est la membrane muqueuse du corps et du col qui est primitivement envahie, comme dans le cas représenté figure 1, pl. III. Voici le résumé de quelques faits qui établissent la vérité de cette proposition. 1° Chez une femme morte à la Salpétrière, la dégénération du corps utérin était portée à ce point, qu'il y avait communication entre la cavité utérine et la vessie d'une part, entre cette cavité et le rectum d'une autre part, eh bien! le col utérin était parfaitement sain.

2° Chez une autre femme de 45 ans, morte subitement à la Salpétrière par suite d'un hydrothorax, qui n'avait accusé aucun symptôme du côté de l'utérus, j'ai trouvé que l'utérus, vu à l'extérieur, avait son volume naturel et paraissait dans son état d'intégrité. Mais ayant incisé cet organe, je vis que le col était parfaitement sain, que le corps présentait une infiltration de suc cancéreux dans ses couches les plus internes, et seulement dans une partie de la circonférence de cet organe; mais que ses couches externes avaient été respectées : je saisissais, pour ainsi dire, la dégénération cancéreuse à son début; la partie malade était comme infiltrée d'un suc cancéreux et liquide qu'on exprimait comme d'une éponge. C'est un des cas qui m'ont le mieux appris que la distinction entre l'état de crudité et l'état de ramollissement dans le cancer encéphaloïde était une vue de l'esprit et non le résultat d'une observation sévère; que le suc cancéreux était sécrété dès les premiers momens de l'apparition du cancer, et que les tissus, dans les mailles desquels il était infiltré, étaient durs ou mous, suivant la proportion de ce suc cancéreux.

3° Comme exemple de cancer de l'utérus occupant la surface interne de cet organe qu'il détruit par couches successives, je citerai le fait suivant. Une femme, âgée de 50 ans, présentait tous les signes rationnels du cancer de l'utérus : teint jaune paille, hémorrhagies considérables, pertes blanches plus ou moins odorantes, mais le toucher ne m'ayant permis de reconnaître aucune lésion du museau de tanche, je restais dans le doute sur la nature de la maladie. Je dois dire aussi que la malade n'accusait presque aucune douleur et conserva sa gaîté jusqu'au dernier moment. Après cinq mois de séjour dans mon service, à la

Salpétrière, dans un état presque stationnaire, elle fut prise d'hémorrhagies très considérables, qui se succédèrent à de courts intervalles. Son pouls devint misérable; elle mourut dans la prostration et dans la stupeur.

A l'ouverture, je trouvai quelques cuillerées de pus épais, phlegmoneux, dans le bassin, et pourtant aucun signe anatomique de péritonite, de même qu'aucun symptôme de péritonite n'avait existé pendant la vie. Ce n'est pas la première fois que je rencontre du pus dans le bassin sans péritonite appréciable, et je regarde comme démontrée cette proposition que, dans les lésions des viscères abdominaux, l'inflammation et la suppuration du péritoine peuvent être limitées à la surface libre de l'organe malade, soit de l'utérus quand c'est l'utérus qui est envahi, soit d'un autre viscère quand cet autre viscère est affecté. On sait d'ailleurs que tous les produits de sécrétion du péritoine tendent à se porter dans le lieu le plus déclive, c'est-à-dire dans le petit bassin. Je reviens à mon sujet.

L'utérus était converti en une poche à parois molles, recouvertes d'une couche d'eschare et de sang, et présentant un aspect rugueux très prononcé; sous la couche d'eschare était une couche encéphaloïde extrêmement vasculaire. La portion d'utérus non dégénérée était très molle, le museau de tanche n'avait pas participé à la dégénération. La poche utérine communiquait avec la vessie par une large perte de substance, si bien que la cavité utérine et la cavite vésicale ne constituaient qu'une seule et même cavité.

Fig. 2 et 2'.

Les figures 2 et 2' représentent un museau de tanche, extirpé par M. Lisfranc, qui eut l'obligeance de me l'adresser; probablement parce que ce cas lui parut fort remarquable et douteux, quant à la nature de la lésion.

La figure 2 représente la surface extérieure du museau de tanche extirpé. C'est pour l'intelligence de la chose qu'on a figuré la partie inférieure de l'utérus et la partie supérieure du vagin. On voit sur ce museau de tanche un grand nombre d'ouvertures, desquelles s'échappent, en se moulant sur elles comme à travers une filière, du mucus épaissi.

La figure 2' représente ce museau de tanche divisé : la coupe présente un tissu mou pénétré de mucus qui remplit des espèces de géodes, creusées dans son épaisseur.

Réflexions. Quelle est la nature de cette altération ? rien autre chose qu'une hypertrophie des follicules du museau de tanche, hypertrophie qui a eu pour résultat un développement prodigieux de ces follicules, si bien que le tissu utérin intermédiaire semble réduit au rôle de parois de cavités mucipares.

Il n'y a dans cette altération rien qui doive être rapproché du tissu cancéreux dur ou mou, et je suis convaincu que l'opération pratiquée doit avoir eu le plus heureux résultat, si toutefois la malade a échappé aux accidens primitifs et consécutifs de toute opération, en général et des extirpations du museau de tanche en particulier.

Ce n'est pas une petite chose que l'excision du museau de tanche. Les accidens généraux des plaies et des opérations chirurgicales se montrent bien plus redoutables encore dans cette opération que dans toutes les autres. J'ai connaissance d'un fait d'extirpation du museau de tanche, pratiqué à une jeune femme qui mourut de spasme vingt-deux heures après l'opération. J'ai eu entre les mains plusieurs museaux de tanche extirpés et prétendus cancéreux, qui n'étaient autre chose que des museaux de tanche un peu volumineux et ramollis, comme dans les cas de catarrhes utérins, de fluxions sanguines de l'utérus, organe si éminemment fluxionnaire : or, dans plusieurs de ces cas, les malades ont succombé, et j'ai la conviction intime que l'opération n'était nullement indiquée.(1)

Voici la description succincte de trois museaux de tanche extirpés qui m'ont été remis, et qui l'ont été dans des conditions où cette extirpation paraissait indiquée :

1° Chez une jeune femme affectée d'hémorrhagie continuelle dont le museau de tanche mou, spongieux, avait paru de nature cancéreuse; la portion extirpée présentait absolument l'aspect du tissu du placenta. C'étaient des pinceaux de vaisseaux rameux, constituant des mailles, des houppes, altération qui constitue le ramollissement de l'utérus. Mais je n'ai trouvé là aucun signe de dégénération cancéreuse; du reste, la base qui supportait la partie ramollie était dense et offrait tous les caractères du tissu propre de l'utérus. L'extirpation a donc

(1) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1833, tome II, pages 5 et suivantes. — Téallier, *Du Cancer de la matrice, de ses causes, de son diagnostic et de son traitement*, Paris, 1836, in-8.

été faite au-dessus de la portion ramollie. Cette altération suffisait-elle pour motiver l'extirpation? Je ne sais; mais ce qui est certain, c'est que l'homme de l'art qui a pratiqué cette opération, croyait avoir affaire à un cancer.

2° Chez une jeune femme, âgée de 28 ans, appartenant à une classe élevée de la société; le museau de tanche a été extirpé par un médecin habile, assisté par deux hommes de l'art, non moins habitués que lui à l'exploration du museau de tanche. On voulait savoir mon avis sur le caractère de la lésion. Le museau de tanche était très tuméfié, surtout dans sa lèvre antérieure; son tissu était mou, spongieux. Dans l'épaisseur de la lèvre antérieure, il y avait une sorte de tubercule ou plutôt de petite masse un peu plus dense, circonscrite par une traînée de points tuberculeux. Je ne pus reconnaître dans cet état aucun des caractères du tissu cancéreux; le ramollissement du tissu de l'utérus me parut l'effet d'une irritation chronique, d'une fluxion long-temps continuée sur ce tissu. Ce ramollissement était probablement le résultat de la présence de la petite masse tuberculeuse indiquée. Toute fluxion ramollit l'utérus, comme on le voit dans le cas de polype, de catarrhe utérin et même dans la grossesse.

3° C'était bien une dégénération cancéreuse, qu'une végétation naissant de la lèvre antérieure du museau de tanche, qui fut extirpée à Beaujon par M. Michon, chez une jeune femme de 26 ans. Cette végétation parfaitement circonscrite, mais non pédiculée, était rouge, divisée en lobules inégaux, assez dense, mais fragile, friable, s'écrasant sous le doigt, sans donner aucun suc, ni cancéreux, ni autre; son tissu était grisâtre, demi transparent. Cette tumeur était formée par l'agrégation de grosses papilles ou lobules juxtaposés, dont quelques-uns étaient pénétrés de pus. Du reste, toute la partie dégénérée avait été extirpée; car la base de la végétation offrait tous les caractères du tissu utérin le plus sain. Plusieurs personnes avaient contesté le caractère cancéreux de la maladie, et se fondaient sur l'absence du suc cancéreux. Mais l'observation m'a appris que le suc cancéreux n'appartient pas à toutes les espèces de cancer. Je félicitai M. Michon de cette opération, qui avait été pratiquée dans les conditions les plus favorables. J'espérais le succès; l'opération réussit en effet comme opération. La malade parut guérie; mais six mois après, la végétation se reproduisit avec le même caractère; elle fut extirpée de nouveau par M. le professeur Blandin, mais le bistouri ne put atteindre les limites supérieures du mal. Du reste, la partie extirpée par ce dernier opérateur présente la même fragilité, le même aspect grisâtre, demi transparent, la même absence de suc que la végétation enlevée par M. Michon.

Fig. 3 et 3'.

Les figures 3 et 3' représentent les organes génitaux d'une jeune fille morte phthisique.

Les trompes (fig. 3) sont flexueuses, d'une résistance élastique, comme si elles étaient distendues par un corps mou. La pression exercée du pavillon vers l'utérus faisait refluer dans la cavité utérine une matière d'apparence tuberculeuse. La pression exercée de l'utérus vers les pavillons des trompes déterminait la sortie de la matière tuberculeuse par le pavillon P rétréci, mais non oblitéré, de la trompe droite T D, tandis que rien ne sortait par le pavillon P de la trompe gauche T G, lequel était complètement oblitéré. La trompe droite ouverte T D O (fig. 3') présente une multitude de plis longitudinaux, disposés suivant la longueur de la trompe. Cette disposition n'est point morbide, elle est physiologique, mais un peu exagérée. Une couche de matière tuberculeuse est restée adhérente à la muqueuse. Une couche de matière tuberculeuse tout-à-fait semblable est adhérente au fond de l'utérus.

Réflexions. Les lésions morbides des trompes sont rares, si l'on excepte l'hydropisie. Leur étude a été assez négligée. J'ai constaté la fréquence de leur inflammation catarrhale aiguë, dans les maladies puerpérales; et à la vue de ce liquide purulent qu'on fait passer à l'aide d'une pression légère de la trompe dans la cavité péritonéale, on se demande si un grand nombre de péritonites puerpérales ne reconnaîtraient pas pour cause l'épanchement d'une plus ou moins grande quantité de ce pus catarrhal dans la cavité du péritoine. La présence de la matière tuberculeuse dans la trompe et même dans la cavité utérine m'a paru un fait assez important pour mériter de figurer ici. J'ai rencontré plusieurs fois cette altération des trompes dans le cas de péritonite tuberculeuse.

Il est difficile de déterminer le rapport qui peut exister entre la présence des tubercules dans les poumons et celle de la matière tuberculeuse dans les trompes, et le diagnostic d'une pareille affection serait bien difficile à établir. Je ferai remarquer, dans ce cas, l'intégrité du péritoine, malgré la communication qui existait entre la cavité péritonéale et le foyer tuberculeux.

MALADIES DE L'OVAIRE.

Kyste aréolaire.

(Planche I, XXV^e^ livraison.)

Le kyste représenté pl. 1 a appartenu à un sujet sur lequel je n'ai aucune espèce de renseignement. On ne saurait douter qu'il n'ait été formé aux dépens de l'ovaire droit; car il tenait à l'utérus à l'aide d'un cordon fibreux long et grèle, lequel naissait du bord correspondant de l'utérus dans le lieu précis d'où se détache le ligament de l'ovaire.

La trompe utérine droite est singulièrement hypertrophiée à son extrémité utérine, au point de paraître la continuation de l'utérus lui-même : elle contourne la partie supérieure de la tumeur, se moule en y adhérant sur le sphéroïde qu'elle représente, et après un trajet qui suppose un allongement très considérable, se termine en s'amincissant: on pouvait encore reconnaître les vestiges des franges du pavillon.

Par suite de cette disposition de la trompe et par suite de l'espèce d'attraction exercée par elle sur l'utérus U, ce dernier organe était notablement déformé. Par la même raison sans doute, le ligament rond gauche LR était hypertrophié.

La tumeur ovarique présentait deux parties bien distinctes : 1° un grand kyste uniloculaire qui formait le tiers supérieur de la tumeur et dont les fragmens KO, KO ont été conservés; 2° un tissu aréolaire qui constituait les deux tiers inférieurs de la tumeur et dont la coupe a été figurée avec beaucoup de vérité.

La planche 1, 25^e^ livraison, rend bien mieux que je ne pourrais le faire par une description, toutes les variétés de forme et d'aspect que présentent les cellules, qui forment deux groupes bien distincts, l'un supérieur, l'autre inférieur, susceptibles de séparation. Ces cellules, qui représentent assez bien une ruche à miel, étaient toutes remplies d'un liquide albumineux, ayant la consistance et l'odeur du blanc d'œuf, transparent dans l'immense majorité des cellules, brunâtre ou noirâtre dans quelques-unes.

La coupe présente des cellules ouvertes et des cellules non ouvertes. Il est aisé de voir que, pour la plupart, ces cellules sont complètement isolées les unes des autres; que, lorsqu'elles communiquent entre elles, c'est toujours en petit nombre; que les orifices de communication sont petits et faits comme avec un emporte-pièce : les cloisons de séparation de ces cellules sont toujours composées de deux lamelles, dont chacune appartient à la cellule correspondante. Ces lamelles fibreuses sont très résistantes, demi transparentes; ici très ténues, là très épaisses. La coupe donne une excellente idée de l'épaisseur variable et de la disposition des parois de ces cellules.

Les cellules les plus considérables, et surtout les cellules oblongues, présentent souvent des valvules ou replis, tantôt parallèles, tantôt perpendiculaires à leurs parois. Quelquefois il y avait deux valvules entièrement semblables aux valvules veineuses.

Dans le cas précédent, les aréoles constituent la presque totalité de la tumeur : dans le cas suivant, que j'ai eu occasion d'étudier à la même époque, l'ovaire était transformé en un grand kyste, de la face interne duquel naissaient des végétations sphéroïdales plus ou moins considérables à structure aréolaire : dans une partie de leur étendue, les parois du kyste présentaient elles-mêmes dans leur épaisseur une sorte de gâteau aréolaire représentant assez bien la forme et l'aspect du placenta.

Une femme de la Salpêtrière, âgée de 60 ans environ, portait depuis un grand nombre d'années une tumeur abdominale qui acquit par degrés un volume tel qu'elle rendait la progression extrêmement difficile. La malade sollicitait depuis long-temps l'opération, je ne m'y décidai que lorsque le dépérissement, l'insomnie, l'oppression et les souffrances habituelles m'eurent annoncé qu'il était temps de passer par-dessus les inconvéniens de la ponction.

L'exploration de l'abdomen permit de reconnaître que la partie inférieure de la poche offrait des masses bosselées extrêmement dures, même avant la ponction, tumeurs faciles à isoler les unes des autres. Cette circonstance dut faire choisir pour la ponction un point autre que la région occupée par les tumeurs; plongé dans le lieu d'élection accoutumé, le trois-quart serait tombé sur une des tumeurs : on choisit la ligne blanche.

Cette femme fut ponctionnée huit fois, à des intervalles variables, et à chaque fois elle recouvra des forces, de l'appétit et la faculté de marcher. Après la ponction, la tumeur était réduite à des masses dures, mobiles

les unes sur les autres, qui constituaient environ le quart de son volume. Des accidens survinrent à plusieurs reprises à la suite de ces ponctions. Une fois elle éprouva tous les symptômes de la péritonite la plus intense : je la crus perdue; le traitement antiphlogistique le plus énergique, les saignées générales et locales, firent tomber les symptômes inflammatoires et la malade guérit. Après une autre ponction, il survint une pleurésie du côté droit, qui céda également à un traitement actif.

La huitième ponction avait été suivie d'accidens inflammatoires subaigus du côté de l'abdomen, de fièvre lente, de douleurs; je soupçonnai une inflammation du kyste, accident assez fréquent dans ce cas, et qui me fait redouter la ponction dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire beaucoup plus que dans l'hydropisie ascite ordinaire.

La malade, épuisée et fébricitante, sollicitait une neuvième ponction avec instance; vaincu par ses sollicitations, et persuadé d'ailleurs que l'évacuation du liquide pourrait prolonger sa vie de quelques jours, je m'y décidai. J'acquis alors la conviction de l'inflammation du kyste : jusque-là, en effet, le liquide évacué par la ponction avait été albumineux, parfaitement transparent : dans la neuvième ponction, il était trouble, mêlé de pus. La malade sembla se ranimer pendant quelques jours et succomba d'épuisement.

A l'ouverture (1), nous trouvâmes que le kyste adhérait aux parois abdominales par des liens celluleux, faciles à détruire à l'aide de la plus légère traction : la poche s'enfonçait un peu dans l'excavation du bassin : comme on la soulevait pour la détacher, son poids l'a entraînée, les liens qui l'unissaient à l'utérus ont été rompus, et la tumeur est tombée de la table sur les dalles, où elle s'est crevée : aussitôt s'est écoulée une très grande quantité de liquide trouble, semblable à celui qui avait été retiré par la dernière ponction.

Les parois du kyste étaient tapissées par une fausse membrane, circonstance qui, jointe à la qualité du liquide contenu dans sa cavité, ne pouvait pas laisser le moindre doute sur l'existence d'une inflammation.

De la surface interne du kyste naissaient plusieurs tumeurs sphéroïdales inégales en volume. La plus petite avait celui d'une aveline, la plus grosse, celui d'une grosse pomme de reinette; elles adhéraient par un gros pédicule. Leur surface lisse, demi transparente, permettait de déterminer, préalablement à toute incision, la disposition aréolaire ou celluleuse de leur tissu.

La coupe de ces tumeurs a montré qu'elles étaient constituées par des cellules de capacités variables qui n'avaient aucune communication les unes avec les autres; quand on ouvrait une de ces cellules, on voyait les cellules voisines faire saillie dans l'intérieur de la cellule ouverte, de manière à lui donner une forme cuboïde.

Les parois de ces cellules étaient très résistantes, ici transparentes, là opaques. Leur structure était fibreuse. Le liquide contenu était transparent et albumineux pour un grand nombre de cellules, trouble et purulent pour les autres, d'où il résultait que ces tumeurs n'avaient pas été étrangères à l'inflammation des parois du kyste. Indépendamment de ces tumeurs sphéroïdales, qui proéminaient de la face interne de la poche, les parois du kyste contenaient dans leur épaisseur un gâteau aréolaire ayant la forme, l'aspect et le volume du placenta. Ce gâteau aréolaire avait la même structure que les tumeurs.

L'étude des kystes aréolaires de l'ovaire, faite comparativement avec celle des kystes hydatidiformes du placenta et avec celle des tissus caverneux, m'a conduit à me demander si ces kystes aréolaires ne seraient pas formés aux dépens des veines ovariques prodigieusement développées, n'ayant plus aucune communication avec le reste du système veineux, devenues organes d'exhalation morbide au lieu d'être organes de circulation, et vivant d'une vie propre.

L'analogie de ces tissus avec les tissus dits caverneux ou érectiles est évidente; la seule différence consiste dans le défaut de communication des cellules entre elles dans le kyste, tandis que leur communication est libre dans les tissus caverneux. Au reste, sous le rapport de la communication des cellules, les kystes aréolaires de l'ovaire présentent un grand nombre de variétés; car il est des cas dans lesquels les cellules sont complètement isolées les unes des autres, d'autres dans lesquels la communication n'existe que pour un petit nombre de cellules, et enfin d'autres dans lesquels toutes les cellules communiquent entre elles.

Si l'on considère, d'une autre part, que les hydatides placentaires sont évidemment formés aux dépens des vaisseaux (voyez 1re livraison, je n'ai pas déterminé aux dépens de quel ordre de vaisseaux), on sera fondé à considérer, sinon comme établie, au moins comme ne sortant pas des bornes d'une induction légitime, l'idée que les kystes aréolaires de l'ovaire ont leur siège dans le réseau érectile veineux de cet organe.

(1) Pour éviter un double emploi, je dois dire que cet ovaire a été présenté à la Société anatomique par M. Pigné, interne dans mon service. (Société anatomique, bulletin n° 16, 3e série, déc. 1836, pag. 298.)

MALADIES DE L'OVAIRE.

GROSSESSE OVARIENNE AVEC SORTIE DU FŒTUS, QUI EST FLOTTANT DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE.

(XXXVI^e LIVRAISON, PLANCHE VI.)

EXPLICATION DES FIGURES.

La pièce représentée planche VI, figures 1, 2, 3, 4, 5, XXXVI^e livraison, a été trouvée dans les pavillons de la Faculté, chez un sujet sur lequel je n'ai pu recueillir aucun renseignement. Au reste, l'anatomie pathologique peut se suffire ici pour l'interprétation des faits.

La figure 1 représente un fœtus en miniature F, appendu à l'ovaire droit OD.

L'ovaire droit OD avait le volume d'un gros œuf de poule. La moitié externe de sa surface était enveloppée par une coque cartilagineuse. C'était en arrière et au côté interne de l'ovaire, entre l'utérus et lui, que se voyait le fœtus, qui ne tenait à l'ovaire que par une espèce de repli séreux ou de mésentère faisant suite au péritoine. Quelques filamens celluleux allaient de l'ovaire droit et de l'utérus au rectum.

L'utérus était beaucoup plus volumineux que de coutume.

La figure 2 représente le fœtus vu de côté, l'utérus verticalement divisé UO, l'ovaire droit ouvert ODO. Cet ovaire droit présente à sa partie interne et inférieure une cavité à surface parfaitement lisse, dont les parois anfractueuses à la manière des circonvolutions et des anfractuosités du cerveau, étaient à-peu-près contiguës et moulées l'une sur l'autre. La membrane qui tapissait cette cavité appartenait évidemment à la classe des séreuses. Les deux tiers externes de la poche formée par l'ovaire étaient remplis par une masse spongieuse, aréolaire, blanc jaunâtre, qui m'a présenté tous les caractères du tissu placentaire. Le tiers interne de cette même poche était rempli par du sang altéré.

Les figures 3, 4 et 5 représentent le fœtus en miniature vu sous différentes faces; elles complètent sous ce rapport les figures 1 et 2. La détermination de toutes les pièces de ce petit squelette m'a été facile, car la plupart des os, sauf les humérus, les clavicules et l'avant-bras gauche, étaient dans leurs rapports naturels.

Les figures 1 et 2 représentent le fœtus en position, c'est-à-dire dans ses rapports avec l'utérus et avec l'ovaire. Dans la figure 1, le fœtus est vu de face, ou plutôt de trois quarts; dans la figure 2, il est vu de côté. Je ferai remarquer que dans ces deux figures, le fœtus est sans aucune préparation, et qu'il est enveloppé d'une pellicule mince qui semble n'être autre chose que le résultat de la dessiccation de la peau et des muscles. Cette pellicule a été enlevée dans les figures 3, 4 et 5. Pour l'intelligence générale des figures, il est bon de dire que sur ce squelette la tête est fortement renversée en arrière sur la colonne vertébrale, de telle façon que l'occiput touche l'extrémité pelvienne; que la tête, relativement très développée, forme la portion la plus considérable du squelette; que cette tête est d'ailleurs aplatie et vide comme dans le microcéphale. Ainsi dans la figure 1, mais surtout dans la figure 2, on voit en avant le thorax; en haut, les membres supérieurs; en bas, les membres inférieurs; en arrière et en dehors, une grosse ampoule formée par la tête, dont l'occiput regarde en bas et dont la face regarde en haut; on reconnaît l'orbite, et même la trace de l'œil, à une surface déprimée plus noire que les parties voisines : là se voyait une pellicule noirâtre, débris de l'œil et des paupières desséchées.

La figure 3 représente le fœtus vu par le côté droit, et par conséquent du côté opposé à celui représenté figure 2. La tête est complètement cachée dans cette figure, ce qui prouve que la tête n'était pas renversée directement en arrière, mais bien en arrière et à gauche. Sur la figure 3, on distingue parfaitement les côtes, l'omoplate droit OD, l'extrémité de la clavicule gauche CG, l'humérus droit HD, l'avant-bras droit ABD, la main droite, l'os coxal, le fémur droit FD, le fémur gauche FG, une partie de la jambe gauche JG, et enfin une partie de l'avant-bras gauche ABG, qui déborde en bas le fémur.

La figure 4 représente le squelette disposé de telle manière, que la région postérieure qu'occupe le sommet de la tête regarde en haut, la face en avant, la région antérieure ou sternale de la poitrine regarde en bas; le côté droit du squelette regarde en avant, le côté gauche en arrière. OED est la cavité orbitaire droite; MSP, la mâchoire supérieure; MID, la mâchoire inférieure vue par le côté droit; ABD, l'avant-bras droit et la main droite; OD, l'omoplate droit; HD, l'extrémité de l'humérus droit; CD, CG, les extrémités des clavicules droite et gauche. — FD, le fémur droit; FG, le fémur gauche; JG, la jambe gauche; PD, le pied droit; ABG, l'avant-bras gauche.

La figure 5 représente le côté gauche du squelette vu dans la même position, c'est-à-dire le sommet de la tête dirigé en haut, et la région sternale de la poitrine dirigée en bas.

OEG, orbite gauche ; MIG, mâchoire supérieure ; MIG, mâchoire inférieure, l'une et l'autre vues du côté gauche.—HD, humérus droit ; CD, portion de la clavicule droite ; CG, clavicule gauche; HG, humérus gauche.

Les figures 6 et 6' appartiennent à un autre sujet. La figure 6 représente l'ovaire gauche OG, tel que je le rencontrai sur le corps d'une vieille femme de la Salpétrière. Surpris de sa mollesse presque fluctuante, je l'incisai, et je trouvai, fig. 6', une masse adipeuse mêlée de poils, dont un certain nombre était adhérent aux parois du kyste. De petites plaques crétacées se voyaient çà et là à la surface interne de la poche.

C'est la première fois que j'ai rencontré un kyste pileux ovarique d'une aussi petite dimension.

Réflexions. Le fœtus représenté figures 1, 2, 3, 4, 5, appartient bien évidemment à une grossesse extra-utérine; une autre opinion pourrait cependant être soutenue : ce fœtus serait-il contemporain de l'individu qui le portait et sa présence dans la cavité abdominale serait-elle le résultat d'une pénétration des germes l'un par l'autre dans un cas de grossesse double. L'état embryonnaire du fœtus et surtout l'état de l'ovaire me paraissent des argumens sans réplique en faveur de la grossesse extra-utérine. Le squelette du fœtus appartient en effet à un embryon d'un mois et demi à deux mois, et bien que la pénétration de l'un des germes fécondés par l'autre germe puisse s'effectuer dès les premiers jours de la conception, cependant dans tous les faits de fœtus inclus connus jusqu'à ce jour, la contemporanéité du fœtus inclus et du fœtus porteur se révèle toujours par quelque côté. Dans le cas actuel, l'état de l'ovaire ne permet pas le moindre doute à cet égard. N'est-il pas évident que la cavité séreuse qu'il renferme, que le tissu spongieux qui le remplit presque en totalité, ne sont autre chose que les membranes de l'œuf y compris le placenta? N'est-il pas évident que le fœtus a été contenu dans cet ovaire; que les membranes de l'œuf que renferme ce même ovaire lui ont appartenu, et que c'est par suite de la rupture de la poche que ce fœtus se trouve appendu à l'ovaire et pour ainsi dire flottant dans la cavité abdominale. Admettrait-on que ce cas est un cas de grossesse extra-utérine abdominale primitive, et que le développement de l'ovaire est un phénomène du même ordre que le développement de l'utérus dans tous les cas de grossesse extra-utérine? Mais autre chose est un développement hypertrophique, autre chose est une production nouvelle aussi compliquée que celle des enveloppes de l'œuf humain, et il est impossible de ne pas reconnaître un rapport immédiat nécessaire entre les membranes de l'œuf flétries contenues dans l'ovaire et le fœtus appendu à cet ovaire et flottant dans la cavité abdominale.

Les grossesses extra-utérines ovariennes peuvent donc présenter une foule de terminaisons qui intéressent non-seulement sous le rapport de l'accouchement, mais encore sous le rapport de la pathologie, à raison des maladies consécutives dont elles sont la source.

Déjà plusieurs planches de la XVIII^e^ livraison ont été consacrées à cet objet, et je résumerai ici en quelques mots, toutes les terminaisons observeés de ces singulières déviations de l'état normal.

Les grossesses extra-utérines ovariques se terminent de bien des manières :

1° Le fœtus peut parcourir dans l'ovaire toutes les périodes de son développement, ce qui est fort rare; le plus souvent la poche ovarienne se rompt au deuxième, troisième et quatrième mois de la conception : une hémorrhagie mortelle accompagne presque toujours cette rupture que précèdent ou que ne précèdent pas des symptômes graves d'inflammation.

2° Si l'hémorrhagie n'était pas la conséquence de cette rupture, la présence du fœtus dans la cavité abdominale deviendrait une cause presque inévitable d'inflammation : c'est en effet ce que j'ai observé dans un cas mentionné ailleurs (1). Un fœtus à terme était contenu dans la cavité péritonéale au milieu d'une grande quantité de pus, il tenait à l'aide du cordon ombilical à une tumeur sphéroïdale, volumineuse, formée par un kyste ovarique renversé et dont la surface extérieure était formée par le placenta. La péritonite provoquée par la présence du fœtus était chronique, ce qui prouve que le fœtus avait séjourné pendant un temps assez long dans la cavité péritonéale. Il est même certain qu'il a pu y vivre, car il ne présentait

(1) XVIII^e^ livraison, planche 6.

aucune altération, encore moins aucune trace de putréfaction, et sa mort avait dû précéder de bien peu de temps, peut-être même de quelques heures, la mort de la mère: on conçoit qu'une péritonite suraiguë très rapidement mortelle, pourrait être la conséquence d'une pareille pénétration du fœtus dans la cavité péritonéale.

3° Le fait publié xxxvi^{e} livraison établit que l'embryon peut impunément pour le péritoine passer de l'ovaire dans la cavité abdominale, et qu'il peut y séjourner sans être isolé par un kyste. Il est vrai que dans le cas dont il s'agit, le fœtus était resté adhérent à l'ovaire; je doute qu'il en eût été de même si le fœtus avait été libre dans la cavité péritonéale. Une autre considération non moins importante se déduirait de la vie ou de la mort du fœtus: ainsi autre chose serait pour le péritoine un fœtus vivant, autre chose serait un fœtus mort. J'ai été consulté il y a sept à huit ans, par une dame qui se disait grosse de sept mois et qui éprouvait dans l'abdomen des secousses très violentes. Je fus témoin de ces mouvemens; on eût dit que c'était sous la peau que s'agitaient les membres du fœtus, qui s'étendait pour ainsi dire à son aise dans toute la capacité abdominale sans kyste de circonscription. J'hésitai d'abord entre des secousses convulsives du diaphragme et les mouvemens d'un fœtus: je crus devoir me prononcer pour les mouvemens d'un fœtus contenu dans la cavité péritonéale, et j'adoptai l'idée d'une grossesse péritonéale, soit primitive, soit consécutive: je ne sais ce qu'est devenue cette malade.

4° Dans d'autres cas, le produit de la conception meurt dans l'ovaire à une époque plus ou moins avancée de la vie embryonnaire et fœtale. L'ovaire et les enveloppes de l'œuf confondus constituent un kyste inerte au centre duquel se trouve un fœtus momifié. (1)

5° Le fœtus mort agit à la manière d'un corps étranger, et provoque, au milieu d'accidens plus ou moins graves et souvent mortels, une inflammation qui a pour objet l'élimination des débris du fœtus à travers les parois de l'abdomen, la vessie, le rectum, etc. (2)

6° Enfin, le fœtus, ou plutôt l'embryon, contracte des adhérences avec les parois du kyste ovarique, et c'est de cette adhérence, de cette fusion plus ou moins profonde, plus ou moins complète, que résultent les kystes pileux de l'ovaire. J'ai démontré ailleurs que le grand phénomène de l'adhésion pouvait s'accomplir non-seulement entre les diverses parties d'un même individu, mais encore d'individu à individu; que les monstres doubles n'étaient autre chose que deux fœtus adhérens entre eux; que ces adhérences présentaient les degrés les plus divers, depuis le simple accollement superficiel, cutané, de deux individus, jusqu'à la fusion complète, jusqu'à l'inclusion de l'un des individus dans le corps d'un autre individu, inclusion dans les bourses, comme j'en ai vu un exemple tout dernièrement à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau; inclusion dans la cavité abdominale, etc.

Eh bien! les kystes pileux ovariques sont également le résultat de l'adhésion de deux individus, savoir, du produit de la conception qui est resté fécondé dans l'ovaire, et de l'ovaire lui-même. Cette adhésion se fait toujours avec fusion plus ou moins complète, si bien que des dents, des débris de mâchoires, des os plus ou moins informes, des lambeaux de tissu cutané et du cuir chevelu en particulier garni de poils plus ou moins longs, sont presque toujours le seul vestige de la présence antérieure d'un fœtus, et les cas les plus compliqués sont l'explication toute naturelle des cas les plus simples, des cas de kyste ovarique, dans lesquels on ne trouve que de la matière grasse et des poils.

(1) xviii^{e} livraison, planche vi.

(2) C. F. Burdach, *Traité de physiologie considérée comme science d'observation.* Paris, 1839, tome iv, page 189.

VICES DE CONFORMATION.

Adhésions congénitales de deux jumeaux (monstres doubles).

(Planche v et vi, xxv^e^ livraison.)

Adhésion sus-ombilicale (sus-omphalo-didymie).

Les adhésions congénitales se divisent en celles qui ont lieu entre les parties contiguës d'un même fœtus et celles qui ont lieu entre deux fœtus. Cette dernière espèce d'adhésion constitue les monstres doubles, dont l'étude a beaucoup exercé les médecins et les naturalistes dans ces derniers temps.

Les monstres doubles se divisent en deux grandes classes : 1° tantôt deux monstres bien distincts, égaux ou inégaux en développement, sont unis dans une plus ou moins grande étendue et d'une manière plus ou moins intime, ce sont les *monstres doubles par adhésion ou coalition;* tantôt l'un des individus, plus ou moins informe, est contenu en totalité ou en partie dans un autre individu ordinairement complet, ce sont les *monstres doubles par inclusion, par intussusception,* très bien nommés par Mayer *monstres par implantation*, parce que le fœtus parasite est implanté sur le fœtus porteur, comme le fœtus à la mère, comme la plante au sol, et y puise les matérianx de sa nutrition.

Classés d'abord par ordre chronologique et défigurés par des récits fabuleux (voy. A. Paré, Schenck, Liceti), les monstres doubles ont été envisagés pour la première fois d'une manière scientifique par A. Haller (1), qui les a disposés dans l'ordre de leurs plus grandes affinités.

J. F. Meckel (2) et Burdach ont réuni tous les exemples connus, y ont ajouté un grand nombre de faits qui leur étaient propres, et important dans cette étude les vues élevées de l'anatomie transcendante, ils ont cherché à déterminer les lois qui présidaient à leur formation. MM. E. et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (3), (4), ont appliqué à la classification des monstres, avec la méthode linnéenne, les vues éminemment philosophiques qu'ils ont apportées dans l'étude de l'anatomie normale, effacé la ligne de démarcation qui séparait les monstruosités des autres parties de l'histoire naturelle et élevé la *tératologie* au rang de science. Ils ont fait sentir le besoin d'une terminologie nouvelle pour les monstres en général et pour les monstres doubles en particulier. Leurs idées ont été suivies par Gurlt (5), auteur d'une Terminologie générale et spéciale qu'il a appliquée aux monstruosités des animaux domestiques, et par Barkow qui, à quelques modifications près, a adopté la nomenclature de Gurlt, et qui vient de terminer sur les monstruosités doubles un ouvrage aussi savant que consciencieux. (6)

M. Serres, à l'occasion du monstre double femelle, Rita-Christinâ, a appliqué aux mons-

(1) *Opera anatomica argumenti minoris.* Lausannæ, 1768.

(2) *De Duplicitate monstrosa,* Halæ, 1815, in-fol. fig.

(3) *Philosophie anatomique,* t. II, Monstruosités humaines, Paris 1823, in-8, atlas in-4°.

(4) *Histoire Générale et particulière des Anomalies de l'organisation, chez l'homme et les animaux,* Paris, 1832-1836, 3 vol. in-8, et atlas de 20 planches.

(5) *Lehrbuch der Pathologischen anatomie der Haus-Saugethiere,* Berlin, 1831, 2 vol. in-8, et atlas in-fol.

(6) *Monstra animalium duplicia per anatomen indagata,* Lipsiæ, 1829-1836, 2 vol. in-4°, figures.

truosités doubles ses idées ingénieuses sur le développement des organes (1); enfin, M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a, dans l'ouvrage important qu'il vient de terminer sur la Tératologie, traité de la monstruosité double avec tous les détails que comporte ce vice de conformation si remarquable.

Quelque ingénieuses, quelque légitimes que soient les classifications et les dénominations nouvelles de MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Gurlt et Barkow, je me contenterai jusqu'à nouvel ordre de classer les monstres doubles d'après le lieu de leur adhésion, et je ne ferai usage que des mots techniques qui ont pris, en quelque sorte, droit de cité dans la science.

Ma première division est fondée sur la face ou le plan du corps qui est le siège de l'adhésion, et on sait que les fœtus doubles adhèrent toujours entre eux par les plans homologues. Les divisions secondaires sont établies sur le lieu précis de l'adhésion; ainsi les monstres doubles se divisent en trois grandes classes : monstres par *adhésion dorsale*, monstres par *adhésion antérieure*, monstres par *adhésion latérale*.

Les monstres par *adhésion dorsale* comprennent les adhésions par la région sacrée et les adhésions par le sommet de la tête.

Les monstres par *adhésion antérieure* comprennent les adhésions frontales, les adhésions par la région sus-ombilicale, les adhésions sus et sous-ombilicales, les adhésions thoraco-abdominales, les adhésions céphalo-thoraciques, les adhésions céphalo-thoraco-abdominales.

Les *adhésions latérales* comprennent, 1° l'adhésion pelvienne qui est toujours en même temps sous-ombilicale. C'est l'adhésion pelvienne qui constitue le genre ischiadelphe, de M. le professeur Dubreuil.

2° L'adhésion du bassin et de la moitié sous-ombilicale de l'abdomen.

3° L'adhésion du bassin et de la cavité thoraco-abdominale.

Quant aux membres, ils suivent en général le sort de la partie à laquelle ils correspondent : ainsi les membres inférieurs se soudent ou se confondent en même temps que le bassin; les membres supérieurs se soudent ou se confondent avec le thorax.

Une nomenclature technique des monstruosités doubles ne sera nécessaire que lorsque les espèces seront plus nombreuses et mieux connues.

Fœtus doubles par adhésion sus-ombilicale (sus-omphalo-didymes).

Le fœtus double représenté pl. 5 et 6 de la 25e livraison, m'a été adressé le 14 mars 1834 par M. Jolly, ancien interne des hôpitaux, aujourd'hui médecin à Château-Thierry; voici les notes dont ce praticien distingué a accompagné son envoi :

M. Jolly fut appelé auprès d'une femme en travail depuis 8 heures : c'était une troisième grossesse; la tête de l'enfant était sortie, mais une résistance insurmontable s'opposait à la sortie du tronc de l'enfant : trois heures s'étaient écoulées depuis la sortie de la tête. C'était pour cette circonstance que la matrone qui assistait la femme réclama les soins de M. Jolly : — La face était en avant; le cordon qui entourait le col de l'enfant était flasque et sans battemens : l'enfant était évidemment mort.

Ce ne fut pas sans difficulté que M. Jolly parvint à reconnaître qu'il avait affaire à deux fœtus intimement unis : il dégagea d'abord les deux bras de l'enfant dont la tête était sortie; puis, portant le tronc en haut et en avant, il amena le dos, les fesses et les pieds. Saisissant alors les fesses du second enfant, il en fit l'extraction en moins d'une minute. Ni l'un ni l'autre de ces jumeaux n'ont donné signe de vie. Cependant il paraît que le premier vivait au moment de la sortie de la tête. Il n'y avait qu'un seul placenta : les deux cordons, séparés dans toute leur longueur, se réunissaient sur le placenta lui-même. La femme allait parfaitement au moment où M. Jolly m'adressait cette observation.

La fig. 1, pl. v, représente le fœtus double femelle vu par sa partie antérieure (demi-grandeur).

L'adhésion a lieu par la région antérieure du tronc. Elle est limitée *à la région sus-ombilicale de l'abdomen* et *à la partie inférieure du thorax*. On pourrait donner aux monstres doubles de cette espèce le nom

(1) *Recherches d'Anatomie transcendante et pathologique; théorie des formations et des déformations organiques, appliquées à l'anatomie de la duplicité monstrueuse*, Paris, 1832; in-4 et atlas de 20 planches in-fol.

de *sus-omphalo-didymes*. Un cordon unique aboutit à l'ombilic commun, qui présente un exomphale avec déchirure de la membrane demi transparente qui formait la poche herniaire. Il est plus que probable qu'ici, comme dans le plus grand nombre des cas, le déchirement de la poche herniaire a eu lieu par le fait de l'accouchement.

La fig. 2, pl. v (grandeur naturelle), représente le canal digestif; on voit que chaque fœtus a son estomac E, E', son duodénum D, D', mais que les deux duodénums aboutissent à un intestin commun en CD, lequel se bifurque à-peu-près au niveau de la partie moyenne de l'intestin grèle; que chaque branche de bifurcation va se rendre à un gros intestin particulier pour chaque fœtus, de telle sorte que le canal digestif double supérieurement, devient commun au niveau de la partie de l'intestin grèle qui porte le nom de jejunum pour redevenir double à sa partie inférieure.

La fig. 1, pl. vi (grandeur naturelle), représente les viscères thoraciques et abdominaux des deux fœtus ouverts : on voit que les deux sternums sont complètement distincts l'un de l'autre. Chaque fœtus a son thymus, ses deux poumons; mais les deux cœurs, sont confondus en un seul organe horizontalement situé, imparfaitement symétrique, dont la moitié droite est contenue dans la cavité thoracique du fœtus droit, et la moitié gauche dans la cavité thoracique du fœtus gauche. Son bord supérieur concave répond à la base du thorax au niveau des appendices xyphoïdes. Son bord inférieur convexe repose sur le diaphragme.

Il y a quatre auricules, deux à droite, une supérieure O S (qui est cachée dans la position naturelle du cœur), une inférieure OI, deux à gauche O'S', O'I'. L'auricule supérieure gauche O'S' et l'auricule inférieure droite OI, sont beaucoup plus considérables que l'auricule supérieure droite OS (Voy. fig. 2) et l'auricule inférieure gauche O'I'. On voit encore sur cette figure l'artère aorte A du côté droit, l'artère aorte A' du côté gauche, les veines-caves supérieures et inférieures droites VCS, VCI, les veines-caves supérieures et inférieures gauches V'C'S', V'C'I'.

Un seul diaphragme D,D qui résulte de la réunion des deux diaphragmes, est traversé par les deux veines-caves inférieures; il y a deux centres aponévrotiques séparés l'un de l'autre par des fibres charnues ; le diaphragme est d'ailleurs bien loin d'offrir sa voussure accoutumée, ce qui tient à une disposition toute particulière du foie.

Viscères abdominaux.—Les uns sont doubles, les autres communs. 1° *Organes doubles.*—Deux estomacs dont le droit est caché par le foie; deux duodénums, deux pancréas, deux iléons, deux cœcums C O E, C'O'E', deux appendices vermiculaires A V, A'V'; deux gros intestins, deux paires de reins et de capsules surrénales, deux vessies, deux utérus et annexes.

2° *Organes communs.* — Le jejunum, le foie.

Le foie mérite surtout de fixer notre attention.

J'avais cru d'abord qu'il n'y avait qu'un seul foie FF, et je m'étonnais du peu de volume de cette masse, qui était censée représenter les deux foies réunis; mais en renversant le paquet intestinal, j'ai trouvé à la partie postérieure de la cavité abdominale un foie tout-à-fait semblable au foie antérieur FF, ayant comme lui son ligament supérieur, sa vésicule biliaire et sa veine ombilicale.

La veine ombilicale du foie postérieur se détachait du cordon au moment où ce cordon pénétrait par l'ombilic dans la cavité abdominale, s'accolait à la paroi postérieure de l'abdomen commun et se rendait au sillon antéro-postérieur de ce foie postérieur.

Le foie antérieur et le foie postérieur adhéraient l'un à l'autre, et cela *par leur bord postérieur;* en sorte que le foie postérieur affectait avec la paroi abdominale postérieure les mêmes rapports que le foie antérieur avec la paroi abdominale antérieure. Tous deux sont bilobés.

Il est bien difficile, au premier abord, de se rendre compte de cette disposition des deux foies; cependant, si l'on considère que la paroi antérieure de l'abdomen commun aux deux fœtus est formée par la moitié droite de l'abdomen du fœtus droit et par la moitié gauche de l'abdomen du fœtus gauche, que la paroi postérieure est constituée par la moitié droite du fœtus gauche et par la moitié gauche du fœtus droit, on concevra que le foie, fidèle à la région des parois abdominales qu'il occupe habituellement, a dû rester en place pour le fœtus droit (c'est le foie antérieur), et que pour le fœtus gauche il a fallu nécessairement qu'il présentât son bord postérieur en avant, et par conséquent qu'il opposât son bord postérieur au bord postérieur du foie antérieur. Du reste, l'union des deux foies n'avait lieu qu'au tiers moyen du bord postérieur de ces organes : de chaque côté, se voyait deux profondes échancrures qui répondaient à la portion libre des bords du foie.

Le foie antérieur et le foie postérieur présentaient cela de remarquable, qu'ils n'occupaient pas les hypochondres, mais bien les régions épigastriques, que leur ligne médiane répondait à l'axe d'union des deux fœtus, que les deux lobes du foie étaient à-peu-près égaux en volume et semblables pour la forme.

Cœur. — Les deux figures 2 et 3 représentent le cœur ouvert.

La figure 2 représente le cœur ouvert par son bord concave ou supérieur; à l'aide de cette incision, on pénètre dans une cavité qui a l'aspect d'un ventricule terminé en cul-de-sac à gauche et duquel partent, à droite, l'artère aorte munie de ses trois valvules, et l'artère pulmonaire AP qui n'en avait que deux : cette dernière artère est cachée par l'aorte dans la figure. Une cloison incomplète établit la ligne de démarcation entre les parties aortiques, et les parties pulmonaires du ventricule; la cavité qui avoisinait le bord concave du cœur était donc le ventricule aortico-pulmonaire du fœtus droit : elle communiquait par une large ouverture avec la cavité des oreillettes.

La figure 3 représente le cœur ouvert le long du bord convexe ou inférieur. Cette incision a permis de pénétrer dans une cavité ayant l'aspect d'un ventricule terminé en cul-de-sac à droite et présentant à gauche : 1° l'orifice de l'aorte pourvu de trois valvules; 2° l'orifice de l'artère pulmonaire qui n'en présente que deux. On peut voir sur la figure la différence du calibre des deux vaisseaux. Le ventricule destiné au fœtus gauche est donc à-la-fois aortique et pulmonaire comme le ventricule du fœtus droit. Au centre de cette cavité ventriculaire est un orifice garni de deux valvules et qui conduit du ventricule commun dans la cavité commune des oreillettes. La crosse de l'aorte présentait cette anomalie si commune qui consiste dans l'origine de l'artère sous-clavière droite au dessous de la crosse de l'aorte et dans le passage de cette artère derrière la trachée et l'œsophage.

Cavité commune des oreillettes. — En renversant le cœur de bas en haut et en faisant une incision étendue de l'une à l'autre veine-cave inférieure, on pénètre dans une cavité à parois extrêmement minces divisée en deux moitiés, l'une supérieure l'autre inférieure, par une cloison horizontale incomplète : cette cavité est la cavité commune des oreillettes; la moitié supérieure de cette cavité reçoit les veines pulmonaires, la moitié inférieure reçoit les veines caves.

Dans cette cloison on reconnaît à droite une *fosse ovale* très prononcée dont le fond est criblé de trous; à gauche un *trou de Botal;* à la partie moyenne, il y a absence complète de cloison. Cette cavité commune des oreillettes, qui est située sur un plan postérieur aux ventricules, communique d'ailleurs avec l'un et l'autre ventricules.

Il suit de là que le cœur de ce fœtus double était composé de deux ventricules aortico-pulmonaires et d'une cavité auriculaire commune, que le ventricule aortico-pulmonaire supérieur ou ventricule du bord concave appartenait au fœtus droit, que le ventricule aortico-pulmonaire inférieur ou ventricule du bord convexe appartenait au fœtus gauche.

Les deux fœtus étaient donc dans les conditions circulatoires des poissons. Leur circulation ventriculaire était distincte; mais leur circulation auriculaire était commune.

Il est bien difficile de se rendre compte de la manière dont la coalition des deux cœurs a pu s'exécuter; mais avec un peu d'attention on reconnaît aisément les vestiges de deux cœurs.

Un fait curieux, c'est que les deux artères pulmonaires n'étaient pourvues que de deux valvules, elles, qui sont bien plus souvent que l'aorte pourvues de quatre valvules.

Réflexions. — Bien que les monstres doubles par adhésion sus-ombilicale ne soient pas fort rares (voyez le relevé fait par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, t. III, p. 81); cependant, à l'exception du cas d'agneau double bi-mâle, décrit et figuré tout récemment par Barkow(1), le fait que je représente pl. 5 et 6, est peut-être le seul qui offre des détails d'organisation un peu circonstanciés.

Quelque incomplète que soit l'observation publiée par Valentin (Ephem. nat. cur. dec. 11, Ann. 111, obs. 90 avec fig.), et par Dorsten (Dissert. de monstr. human., Marbourg, 1684), je la mentionnerai ici à cause de l'analogie qu'elle présente avec celle qui fait le sujet de ces réflexions. L'adhésion était également limitée à la portion du tronc comprise entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. A l'intérieur, il n'y avait qu'un seul foie presque complètement double, pourvu de deux vésicules biliaires et de deux veines ombilicales; il existait deux estomacs, deux rates, un seul intestin grêle et deux gros intestins; mais, et c'est principalement en ce point que ce monstre double différait de celui que j'ai décrit, il y avait deux cœurs bien distincts.

C'est encore à l'adhésion sus-ombilicale, *sus-omphalo-didymie* (2), qu'il faut rapporter le

(1) *Monstra animal. duplicia*, t. 1, p. 76.

(2) Les monstres doubles par adhésion sus-ombilicale constituent, d'après M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, le genre xiphopagie de la division des monstres doubles monomphaliens.

monstre double connu sous le nom de *jumeaux siamois*, qu'on a pu voir à Paris en 1835; n'ayant pas pu m'assurer par moi-même du lieu et du mode de l'adhérence, je renvoie pour les détails à la description très exacte qui en a été donnée par les observateurs de Boston, de New-York, de Londres et de Paris, et en particulier à la relation très exacte faite par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. Ces deux êtres si intéressans, nommés Chang et Eng, sont unis entre eux par une bande flexible qui a cinq pouces de long et trois pouces de large. Cette bande, qui n'a pas existé dans le principe, a dû être le résultat de la traction opérée par les mouvemens en sens inverse des deux individus et leur permet une entière indépendance dans leurs mouvemens et dans leurs attitudes : cette bande est-elle formée uniquement par la peau, le tissu cellulaire et les muscles? contient-elle dans son épaisseur quelques portions des viscères abdominaux, ainsi que l'affirment plusieurs médecins américains, ou bien quelques vaisseaux? il n'est pas probable qu'un cœur commun réunisse ces deux êtres : on ne concevrait pas sa présence dans l'épaisseur d'une bande aussi mince. D'ailleurs, on a constaté d'une manière non équivoque le défaut d'isochronisme entre les pulsations des deux frères.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait assez s'élever contre l'idée d'opérer, à l'aide de l'instrument tranchant ou de la ligature, une séparation dont le résultat probable serait la mort des deux jumeaux. Le fait de Konig, ayant pour titre *Gemelli sibi invicem adnati feliciter separati*, ne saurait nous rassurer à cet égard; l'époque où il a été recueilli me fait suspecter son authenticité, et peut-être est-ce sur un simple ouï-dire que Konig (1) parle de deux filles unies l'une à l'autre depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic, et qui furent heureusement séparées l'une de l'autre, d'abord à l'aide d'une ligature de plus en plus serrée, puis par l'instrument tranchant.

La coalition des foies dans les adhésions sus-ombilicales a paru à M. Serres un caractère tellement important, que cet auteur a cru devoir grouper autour de ce caractère, qu'il appelle la *condition fondamentale des monstres doubles*, toutes les autres circonstances d'organisation de ces monstres qu'il appelle des *hépatodymes*. Les deux foies sont-ils confondus en un seul, le monstre prend le nom d'*hépatodyme complexe*. Les deux foies sont-ils séparés, c'est un *hépatodyme acomplexe* : Les caractères des hépatodymes complexes seraient, indépendamment de la pénétration des foies, et comme conséquences de cette union : 1° l'union des êtres par les flancs, 2° la séparation des têtes, 3° un sternum unique et complexe, 4° l'unité du bassin et de l'abdomen, 5° la dualité de l'estomac et des intestins grêles.

Les caractères des hépatodymes acomplexes seraient, indépendamment de la séparation des foies et comme conséquences de cette séparation : 1° l'union des êtres face à face, 2° la réunion des têtes, 3° un sternum double, 4° la dualité de l'abdomen et du bassin, 5° l'unité de l'estomac et du commencement des intestins grêles. (2)

M. Serres, dans un article (3) où l'on reconnaît tout le talent d'induction et la manière ingénieuse de l'auteur des Lois de l'ostéogénie, cherche à établir comment des conditions d'organisation aussi légères en apparence que la réunion ou la séparation des deux foies,

(1) Ephem. nat. cur. dec. II ann. VIII. Obs. 145, ann. 1689.

(2) Recherches d'anatomie transcendante et pathologique (pag. 95).

(3) *Loc. citat.* page 96, art. XIII, *Explication de l'organisation extérieure des hépatodymes*, et pag. 108 : l'auteur explique ainsi l'influence du foie sur les mouvemens que les organes de l'embryon exécutent pour venir se ranger chacun à leur tour à la place qu'ils doivent conserver le reste de la vie. « Mais, par une observation attentive, on reconnaît bientôt l'influence que le foie « exerce sur les mouvemens des organes. On reconnaît que c'est lui qui commande en quelque sorte toutes les évolutions que l'on « remarque dans les viscères de l'abdomen et de la poitrine. Placé au milieu de ces deux cavités, c'est par lui et autour de lui que « tout se dispose et se coordonne. Sa position assigne aux autres viscères leur position; son déplacement commande aux autres « leur déplacement. Sa transposition commande aux autres leur transposition. Son absence fait cesser toute harmonie dans les « rapports : sa duplicité commande une harmonie nouvelle, dont il est toujours et le centre, et le mobile et le régulateur. »

Cette vue d'embryologie est bien différente de ce fait que j'ai cherché à établir (*voy.* Anat. descriptive, t. II, pag. 552), qu'aucun organe ne se moule plus exactement que le foie sur les parties environnantes, et ne subit plus impunément que lui des changemens de forme par le fait soit de pressions extérieures, soit de pressions exercées par les autres viscères, qu'en un mot, cet organe est comme ductile et malléable sous l'influence d'une pression lentement exercée.

peuvent exercer une influence si prépondérante sur l'organisation des monstres doubles; ces idées s'appliquent parfaitement aux faits que M. Serres avait sous les yeux, mais il est plus que douteux que la coalition des foies soit le fait fondamental dans la duplication monstrueuse; qu'elle ait plus d'importance que la coalition de l'intestin grêle, que la coalition du cœur.

Le fait représenté pl. v et vi me paraît être à beauconp d'égards en opposition avec la manière de voir de M. Serres; en effet il y avait réunion des deux foies; le monstre était donc hépatodyme complexe, et cependant les deux fœtus étaient unis, non par les flancs mais face à face; le sternum était double; il y avait dualité de l'abdomen et du bassin, unité de l'intestin jéjunum.

En outre, M. Serres établit (p. 96) que, dans leur coalition, les foies se pénètrent constamment par leurs extrémités, et le fait représenté pl. v et vi établit un mode d'adhésion bien différent, puisque dans ce cas les foies s'étaient réunis par leurs bords postérieurs.

MALADIES DU PÉRITOINE.

(PLANCHE I, XXXVII^e LIVRAISON.)

GROSSESSE PÉRITONÉALE.

Les *grossesses péritonéales* se divisent en deux genres bien distincts: 1° en grossesse péritonéale primitive, 2° en grossesse péritonéale consécutive. Le fait représenté XXXVI^e livraison, planche VI, est bien évidemment un exemple de grossesse péritonéale consécutive. Le fait représenté XXXVII^e livraison, planche I, est non moins évidemment un cas de grossesse péritonéale primitive. Dans le cas de grossesse péritonéale primitive, le fœtus n'est point libre dans la cavité du péritoine; mais bien enveloppé de ses membranes, qui contractent des adhérences avec les viscères abdominaux. Dans le cas de grossesse péritonéale consécutive, le fœtus est libre dans la cavité péritonéale: il ne contracte jamais d'adhérences, et sa présence serait presque inévitablement la source d'une péritonite promptement mortelle, si l'hémorrhagie foudroyante qui accompagne ordinairement la rupture ne prévenait en quelque sorte, par une mort rapide, l'invasion de la péritonite. Une distinction importante est celle qui a trait à l'époque de la grossesse à laquelle se fait cette rupture. Une autre distinction non moins importante est celle-ci: le fœtus peut avoir pénétré en entier et être libre dans la cavité péritonéale, ou bien il peut n'avoir pénétré qu'en partie dans cette cavité, et être resté adhérent à l'ovaire ou à la trompe, comme dans le cas représenté planche VI, XXXVI^e livraison.

Avant de décrire le cas figuré planche I, XXXVII^e livraison, je vais rapporter avec détail un fait de *grossesse péritonéale consécutive*, que j'ai déjà mentionné XVIII^e et XXXVI^e livraisons, et qui me semble parfaitement placé ici.

Fœtus très développé, libre dans la cavité péritonéale. — Inflammation chronique du péritoine. — Tumeur formée par les membranes de l'œuf renversées.

Une femme d'une trentaine d'années entra à la Maternité, dans le service de M. le professeur Moreau: c'était dans l'été de 1831. Voici quel était son état. Marasme porté au plus haut degré, abdomen très volumineux. On reconnaît la présence d'un fœtus; mais il semble que ce fœtus soit situé beaucoup plus superficiellement que de coutume. On dirait qu'il soulève immédiatement les parois abdominales. On suit aisément, à travers ces parois, le corps du fœtus, qui n'est pas pelotonné sur lui-même, comme dans le cas où il est contenu dans l'étroite enceinte formée par la poche utérine. On sent parfaitement la tête sous le diaphragme. C'est à travers un flot de liquide facile à déplacer, qu'on distingue le corps du fœtus. Il y a évidemment ascite. On touche la malade: le col de l'utérus n'est nullement effacé. L'orifice du museau de tanche est assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt, qu'on enfonce profondément. La cavité utérine est parfaitement libre. L'utérus, quoique volumineux, semble très léger, ce qui tient, d'une part, à la vacuité de l'utérus, et d'une autre part, à la présence d'une ascite. L'état de la malade paraît d'ailleurs désespéré. Douleurs abdominales, fièvre lente, vomissemens très fréquens. Mort au bout de quelques jours.

A l'ouverture, nous trouvons le fœtus dans la cavité du péritoine, flottant au milieu d'une très grande quantité de sérosité. Ce fœtus a le développement d'un enfant à terme, sans aucune trace de putréfaction, en sorte qu'il est plus que probable que sa mort était toute récente.

Un cordon ombilical très volumineux, et dont les vaisseaux étaient très dilatés, partait du côté interne d'une grosse masse molle, ellipsoïde, aplatie, du volume de la tête d'un adulte, qui occupait la fosse iliaque droite. L'origine de ce cordon avait lieu à la surface de la tumeur par des ramifications nombreuses, à la manière de la face fœtale du placenta. La tumeur était, en effet, constituée par un énorme placenta, disposé en globe ellipsoïde, au centre duquel on pouvait aisément reconnaître une cavité tapissée par le chorion et l'amnios. Dès-lors, il fut facile de voir que la tumeur était formée par l'œuf renversé, dont la surface fœtale était devenue la surface externe, et dont la cavité était revêtue par les membranes externes de l'œuf, et il n'était pas moins facile de comprendre que ce renversement était le résultat d'une rupture des membranes, à travers laquelle le fœtus aurait passé dans l'abdomen.

Du reste, le péritoine présentait tous les caractères d'une phlegmasie chronique. Le péritoine pariétal était tapissé par une couche pseudo-membraneuse très dense, épaisse d'une ou deux lignes, qu'il a été facile, malgré sa densité, de séparer du péritoine, sous lequel rampaient des veines très développées.

La fausse membrane demi transparente, qui tapissait le péritoine, présentait çà et là des points blancs comme tuberculeux, disséminés dans son épaisseur. On eût dit d'une gelée dense, au milieu de laquelle se distinguaient différens corps opaques qu'on y aurait mêlés.

Les intestins, tous adhérens entre eux, étaient recouverts d'une fausse membrane. La fin de l'intestin grêle adhérait à la tumeur ellipsoïde de la fosse iliaque interne.

Le grand épiploon enroulé sur lui-même et enveloppé d'une fausse membrane, formait un gros cordon cylindrique qui ressemblait à une anse intestinale. Un stylet introduit à son centre pénétrait sans difficulté dans toute sa hauteur; mais cette cavité apparente était le résultat de l'enroulement du grand épiploon sur lui-même.

Les fausses membranes de l'épiploon et des intestins s'enlevaient avec facilité.

Le foie atrophié était refoulé en haut : une couche épaisse de pseudo-membrane, ayant la consistance d'une gelée à moitié opaque, était interposé au diaphragme et au foie.—La rate, petite, reléguée dans le fond de l'hypocondre gauche était adhérente de toutes parts. L'estomac était très rétréci, et le grand épiploon appendu à sa grande courbure semblait n'être qu'un appendice de cet organe. — Les poumons adhérens au diaphragme étaient sains. — L'intestin avait le double de son volume ordinaire. Point de fausses membranes dans sa cavité. La trompe et l'ovaire du côté gauche sont sains, l'ovaire droit est également sain. La trompe droite, très facile à reconnaître à son insertion utérine, peut être suivi pendant quelques lignes et se confond ensuite avec la tumeur.

Réflexions. Voilà un cas de conception tubaire avec rupture de l'œuf sans hémorrhagie, pénétration du fœtus vivant dans la cavité péritonéale, et renversement complet de la poche de l'œuf, de telle manière que la surface externe devient interne et la surface fœtale devient externe; il y avait en outre retrait de l'œuf sur lui-même, si bien que le placenta, qui certainement n'occupait qu'une partie de la circonférence de l'œuf avant la rupture, formait ici une coque presque complète. Que si on me demande l'époque de cette rupture, je répondrai qu'elle devait avoir une certaine ancienneté, car la péritonite présentait tous les caractères de la chronicité. Le renversement de la poche fœtale est une preuve que l'enfant a pénétré vivant dans la cavité péritonéale, et ne peut d'ailleurs s'expliquer qu'à l'aide d'une traction exercée par le cordon ombilical sur son point d'insertion. Que si on me demande si le fœtus a pu vivre et s'accroître dans la cavité péritonéale, je répondrai qu'il présentait tous les caractères de la viabilité, que l'intégrité parfaite de ce fœtus attestait qu'il vivait encore l'avant-veille, la veille ou peut-être même le jour de la mort de la mère; que le volume énorme du placenta, l'intégrité de ce placenta, la perméabilité du cordon, venaient encore à l'appui de cette manière de voir; que le placenta, greffé sur des parties qui lui fournissaient tous les matériaux de sa nutrition et de sa circulation, était sous ce rapport dans les mêmes conditions que lorsqu'il est implanté à la surface interne de l'utérus.

Or, s'il est démontré par la date de la péritonite que la rupture de l'utérus s'est effectuée un mois environ avant la mort de la mère, il est positif que le fœtus a continué de prendre son accroissement dans la cavité péritonéale, comme s'il avait été encore contenu dans la cavité utérine; car il présentait tous les caractères d'un fœtus à terme. Que serait-il advenu si la malade n'avait pas succombé? Quel praticien aurait osé inciser les parois abdominales, pour extraire de la cavité péritonéale le fœtus et ses annexes? Et si on ne l'avait pas fait, le fœtus mort n'aurait-il pas entraîné la mort de la mère? Peut-on admettre que, devenu corps étranger, le fœtus se serait enkysté, momifié, et que sa présence aurait pu se concilier avec la vie de la mère? Ces conjectures ne sont point en dehors des faits observés.

Je ferai remarquer que l'utérus avait subi un grand développement, comme dans tous les cas de grossesse extra-utérine, mais que sa cavité n'était tapissée par aucune membrane qui eût quelque rapport avec la membrane caduque. J'ai observé un cas tout-à-fait semblable chez une femme qui mourut d'hémorrhagie par suite de la rupture de la poche fœtale au troisième mois d'une grossesse ovarienne.

Le fait suivant, qui a fourni le sujet de la planche 1, XXXVII^e livraison, est évidemment un cas de grossesse péritonéale primitive. Il a été présenté à la Société anatomique par M. Thivet, l'un de ses membres, et son histoire, que je rapporte textuellement ici, est consignée dans le bulletin de janvier 1840, 14^e année.

Grossesse péritonéale. — Mort au bout de dix-huit ans.

« Madeleine Regnaud, femme Martin, âgée de quarante-six ans et neuf mois, d'une constitution très forte, mourut le 6 mai 1839, des suites d'une hernie étranglée, rue des Deux-Ermites, n° 1. M. Jause, médecin, qui n'avait point soigné la malade, me fit appeler pour en faire l'autopsie, et nous trouvâmes un enfant placé en dehors de l'utérus, dans la cavité même du péritoine.

« Ayant pris des informations près des parens sur les antécédens de cette femme, ils nous donnèrent les renseignemens suivans:

« En 1811, elle accoucha pour la première fois d'une fille qui vécut. Dix ans après (1821), elle devint enceinte, et sa grossesse parcourut toutes ses périodes de la manière la plus régulière; ses règles furent suspendues. Alors, et à une certaine époque, elle sentit très bien les mouvemens du fœtus. Au moment présumé de l'accouchement, elle fut prise de douleurs tout-à-fait semblables à celles qu'une femme éprouve quand elle est en mal d'enfant; cependant il ne s'écoula point de liquide amniotique.

« Un médecin ayant été appelé, pensa d'abord qu'elle était enceinte; mais l'accouchement ne se faisant pas et probablement ce médecin ne sentant pas de développement notable du côté de l'utérus, il commença à nier la grossesse, et remit la malade entre les mains de M. Lagrange, qui partagea aussi son avis; celui-ci la soigna pendant trois mois pour des douleurs de ventre très aiguës, qui cédèrent en partie aux calmans et aux bains. Cette femme ne sentit plus alors les mouvemens de son enfant, qui auraient cessé, au dire des parens, au moins trois mois avant l'époque présumée du terme de la grossesse. Une fois rétablie, elle alla consulter MM. Dubois et Boyer, qui constatèrent une grossesse extra-utérine, et consolèrent la malade en lui disant qu'elle pouvait, malgré cela, vivre très long-temps.

« Quatre ans après, elle fut atteinte d'ictère, et ressentit en même temps de grandes douleurs dans le ventre; elle fut alors confiée aux soins de M. Laborie, qui réclama les conseils de MM. Lacroix et Husson; tous ces médecins constatèrent également une grossesse extra-utérine: à-peu-près à la même époque, elle fut atteinte d'une hernie ombilicale, qui acquit plus tard le volume d'un œuf de poule; et néanmoins, elle se porta assez bien depuis, jusqu'au 22 avril 1839, où elle ressentit des douleurs très aiguës occasionées par l'étranglement de la tumeur herniaire.

« Un médecin fut appelé, et n'ayant pu faire la réduction de la hernie, il chercha au moyen de bains et d'un grand nombre de sangsues à calmer les accidens auxquels néanmoins succomba la malade le 6 mai, après 15 jours de maladie.

« Le lendemain, le cadavre offrait les particularités suivantes : la tumeur ombilicale gangréneuse était flétrie, et des matières stercorales s'échappaient par la perte de substance de l'intestin; ayant ouvert le ventre, nous trouvâmes dans ce point les intestins grêles adhérant dans une assez grande étendue aux parois abdominales, et des matières fécales épanchées dans la cavité du péritoine. Après avoir détruit les adhérences, j'enfonçai la main derrière la masse intestinale grêle, et je ramenai un enfant qui était flottant dans le ventre et fixé seulement aux viscères par des prolongemens membraneux très lâches.

« Les funérailles étant près de se faire, et pressé par le temps, j'enlevai tous les intestins, ainsi que l'utérus, ayant bien soin de ne détruire aucune des connexions de l'enfant avec les viscères, et j'emportai le tout chez moi pour l'examiner avec plus de soin.

« Voici ce que j'observai le jour même: L'*utérus* n'est pas sensiblement augmenté de volume; sa consistance est normale, excepté dans certains points où il présente des bosselures de la grosseur d'une noisette dues au développement de petits corps fibreux dans l'épaisseur de l'organe. Les faces antérieure et postérieure sont libres d'adhérences, excepté en arrière, où une légère bride unit l'utérus au rectum.

« Les *ligamens ronds* n'offrent rien de notable; la *trompe utérine gauche* est oblitérée vers sa portion frangée, et simule en cet endroit une poche de la grosseur d'une poire, et d'une forme analogue à celle de l'estomac. La *trompe du côté droit* est aussi oblitérée, mais sans renflement; elle adhère d'une part à l'ovaire, d'autre part à l'S du colon par une longue bride. Ces deux organes ne présentent ni ruptures ni cicatrices.

« L'*ovaire gauche* est plus petit que dans l'état naturel, il est ramolli, et une légère pression suffit pour le réduire en bouillie; son volume est celui d'un gros pois. L'ovaire droit de la grosseur d'un marron, n'offre plus aucune trace de son organisation primitive; il n'est plus formé que par un amas de matières de consistance pierreuse, qui ont dans certains points l'aspect du silex, sans en avoir toute la dureté; on peut

même briser l'écorce concrète de la tumeur, et on voit que l'intérieur renferme une substance qui se tire en filamens comme la substance du testicule, et qui enveloppe un gros vaisseau, d'où partent quatre ou cinq divisions qui gagnent différens points de la surface. Cette tumeur n'offre aucune apparence de débris de fœtus, et n'a aucune communication avec l'enfant.

« Le fœtus n'est point renfermé dans un kyste; il paraît au premier coup-d'œil libre d'enveloppes (fig. 1), tant ses formes extérieures sont bien dessinées; cependant, en examinant avec plus de soin, on voit qu'il est encore recouvert de ses enveloppes primitives, qui, après s'être appliquées étroitement sur lui, se prolongent sous la forme de brides AF, AF et vont se fixer aux colons ascendant et transverse, en se continuant insensiblement avec le péritoine.

« L'enfant est légèrement courbé en avant; la tête est penchée sur sa poitrine, et les membres inférieurs sont dans la demi-flexion.

« Son volume (fig. 1) est à-peu-près celui d'un fœtus à terme; sa longueur est de 16 pouces. Avant de le retirer du ventre de la mère, j'ai remarqué qu'il s'y trouvait placé transversalement et la tête dirigée à droite.

« La tête est allongée et aplatie de manière à diminuer considérablement le diamètre bi-pariétal; sa forme est celle d'une pyramide triangulaire. Des trois faces de la pyramide, deux répondent aux régions temporo-pariétales que sépare en arrière et sur la ligne médiane un angle très saillant; la troisième répond à la face proprement dite. On n'aperçoit aucune trace de la face, seulement on voit une petite saillie qui doit occuper la place du nez; l'oreille gauche est parfaitement dessinée, et son cartilage paraît ossifié; l'oreille droite est à peine visible. La partie médiane et occipitale de la tête donne insertion à un grand nombre de ces brides AF, AF dont nous avons déjà parlé, et qui vont s'insérer d'autre part au colon ascendant; elles m'ont paru organisées, car j'ai pu y constater la présence de vaisseaux et de petits paquets graisseux de la grosseur d'une noisette; tout le reste de la tête est libre d'adhérences. Sa couleur est d'un blanc sale; elle présente çà et là des taches bleuâtres, et offre assez d'analogie, quant à l'aspect, avec une masse informe de savon ordinaire.

« Au toucher, la tête offre beaucoup de résistance, et ce n'est qu'en pressant assez fortement qu'on parvient à la déprimer. Les sutures sagittale et lambdoïde sont très visibles, on voit même qu'il y a chevauchement dans ce point. La petite circonférence de la tête est de 9 pouces 1/2, sa hauteur de 4.

« Le col est excessivement court à cause de la flexion de la tête sur la poitrine; les débris membraneux, après lui avoir formé un collier, vont se réunir en arrière pour se continuer avec ceux que nous avons vus sur la tête.

« Le tronc est fléchi de manière à continuer la courbe commencée par la tête (1); la somme de ces deux courbes est de 10 pouces, et la corde qui les sous-tend de 6 pouces 1/2. La circonférence du ventre au niveau de l'ombilic est de 8 pouces moins quelques lignes; cette région est un peu aplatie d'avant en arrière, en sorte que son plus grand diamètre est transversal. La couleur du tronc est à-peu-près la même que celle de la tête; il présente en outre un grand nombre de granulations. Il est libre partout, excepté sur le côté droit, où il présente un épaississement de ces débris que nous avons trouvés au col et à la tête, et qui ont une analogie incontestable avec les débris d'un placenta. Tous ces prolongemens que nous retrouverons encore aux pieds AF, servaient de moyens de suspension à l'enfant dans la cavité abdominale.

« Le côté droit du tronc offre des traces de décomposition putride; ainsi, l'omoplate et le membre supérieur correspondant ne conservent plus que quelques lambeaux de tissus désorganisés; mais le squelette en est parfaitement conservé. Plusieurs côtes sont à nu et laissent voir dans leur intervalle le poumon droit participant à la même altération. L'os coxal du même côté est aussi à découvert. Tout le reste du tronc est parfaitement conservé; il offre à la pression plus de souplesse que la tête, surtout dans les points où se trouvent naturellement les parties molles. L'ombilic est très visible, mais le cordon a disparu. A deux lignes au-dessous on voit s'insérer une bride que j'avais d'abord prise pour le cordon ombilical, mais qui n'était qu'un débris membraneux semblable aux brides que nous avons plusieurs fois indiquées. On en retrouve encore sur les parties génitales; après les avoir enlevées avec le plus grand soin, je n'ai pu découvrir qu'un raphé blanc, se dessinant sur le fond bleuâtre du périnée, en sorte que l'on doit penser pour le moment que cet enfant n'était point du sexe masculin.

« Le membre supérieur gauche est parfaitement conservé; la portion humérale est accolée au tronc; l'avant-bras directement fléchi sur le bras, et la main déformée appuyant par sa face dorsale sur le moignon de l'épaule; sa longueur est de 4 pouces et demi.

« Le membre inférieur gauche est parfaitement conservé, mais atrophié; sa longueur est de 4 pouces 10 lignes. Le droit est réduit à son squelette vers son articulation avec le tronc; plus bas se voit une fracture du fémur voisine des condyles; enfin le fœtus a deux pieds-bots auxquels viennent encore adhérer ces prolongemens membraneux qui lui servaient probablement de moyens de suspension.

(1) Sur la figure, le tronc a été redressé.

Une commission nommée dans le sein de la Société anatomique pour faire la dissection de ce fœtus, s'est réunie plusieurs fois, et non-seulement elle a pu se convaincre de l'exactitude des faits ci-dessus mentionnés, mais encore elle a pu démontrer à la société les faits suivans :

1° Au-dessous des membranes d'enveloppe se trouvait une croûte mi-plâtreuse et mi-ossifiée, que l'analyse chimique a démontrée être presque uniquement composée de sels de chaux. Cette croûte enveloppait la totalité du fœtus autour duquel elle formait une coque d'une ligne d'épaisseur, et même de deux lignes dans quelques points: c'était cette croûte qui couvrait la face et en voilait les divers organes. La fig. 2 montre les yeux, parfaitement conservés ainsi que la langue, le nez : tous les os de la face et du crâne peuvent être retrouvés. Ils ressemblent à ceux d'un fœtus à terme.

2° Au-dessous de cette coque se voyait la peau parfaitement conservée dans toute son étendue, molle, flexible, très élastique. Le cuir chevelu était couvert de cheveux notablement plus longs que ceux d'un enfant à terme.

3° Entre les os du crâne et la dure-mère on trouvait çà et là des masses analogues, quant aux propriétés physiques, à de l'huile d'olive figée. Dans la cavité du crâne on ne rencontre aucune trace de substance cérébrale, mais on trouve une masse semblable à celle qui avait été observée entre les os du crâne et la dure-mère. La totalité de cette substance peut être évaluée à 2 onces 172. L'analyse en a été confiée à M. Boudet, pharmacien, qui a remis la note suivante :

« La matière qui m'a été remise était d'une consistance butireuse; d'un aspect grenu, d'un blanc jaunâtre, offrait les caractères physiques de la graisse humaine, et se composait, comme cette substance, d'une partie solide et d'un liquide huileux analogue à l'oléine.

« La partie solide, dégagée de l'oléine par une pression graduée entre deux feuilles de papier joseph, et traitée à plusieurs reprises par l'alcool bouillant, s'y est dissoute en faible portion.

« La matière dissoute et celle qui ne l'avait pas été ont été saponifiées séparément, et leurs savons décomposés ont fourni l'un et l'autre une graisse acide, très soluble dans l'alcool, cristallisable, fusible à 60°, et douée de toutes les propriétés qui appartiennent à l'acide margarique pur. D'ailleurs les graisses neutres qui avaient fourni cet acide, bien que la petite quantité dont j'ai pu disposer ne m'eût pas permis de les débarrasser complètement de l'oléine, avaient une fusibilité très rapprochée de celle que M. Pelouse et moi nous avons attribuée à la margarine. D'après ces caractères, elles ne peuvent pas être autre chose que ce principe immédiat lui-même.

« L'ensemble du produit qui a été l'objet de mon examen doit donc être considéré comme un mélange d'oléine et de margarine, tout-à-fait identique avec la graisse humaine.

« Je dois faire observer cependant qu'il m'a paru renfermer en outre une petite quantité de cette matière grasse blanche que Vauquelin a le premier signalée dans le cerveau, et pour laquelle M. Couerbe a proposé le nom de cérébrote.

« F. Boudet. »

4° Dans la cavité thoracique, fig. 2, les poumons P refoulés en haut et en arrière par le diaphragme soulevé, sont parfaitement conservés, souples, rosés, exactement semblables à ceux d'un enfant qui vient de naître, mais qui n'a pas respiré. Le cœur C est également rosé et très bien conservé. Le long des vertèbres thoraciques, on distinguait très bien la chaîne des ganglions du grand sympathique qui étaient d'un blanc parfait.

5° Dans la cavité abdominale, on trouve que le foie F est moins volumineux de moitié que celui d'un enfant à terme; sa partie supérieure gauche est convertie en une masse graisseuse ferme, lobulée, d'un blanc mat. Les vaisseaux qui s'y rendent ne sont nullement oblitérés. La vésicule contient un peu de bile qui est semblable à la synovie. L'estomac E est transparent, vide et flasque. Les intestins grêles I sont affaissés, mais contiennent une notable quantité de méconium très bien conservé; le gros intestin en présentait une quantité plus considérable. — La rate, les reins sont bien conservés et n'offrent rien d'extraordinaire. — Le diaphragme est à l'état sain.

6° Dans le bassin est un utérus rouge, bien conformé U, ayant, comme à l'état normal, ses ligamens, ses trompes T et ses deux ovaires O. — La vessie V ne paraît contenir aucun liquide.

7° Les membres supérieur et inférieur disséqués font voir que les muscles ont conservé leur flexibilité, leur teinte rosée, et qu'ils ne diffèrent en rien de ceux d'un enfant qui vient de naître. Les artères, veines et nerfs présentent tous leurs caractères normaux; toutes ces parties sont unies par un tissu cellulaire assez chargé de graisse, mais n'offrant rien de particulier, si ce n'est peut-être une plus grande densité.

8° Les os, généralement moins longs que ceux d'un enfant à terme, sont plus épais, leur consistance paraît plus grande; les épiphyses, quoique n'étant pas réunies, sont cependant plus fortement appliquées au corps des os qu'à l'état normal.

Réflexions. Ce cas doit être placé à côté de celui du *fœtus encroûté de phosphate calcaire et momifié, observé chez une femme de soixante-dix-sept ans, morte quarante-sept ans après une grossesse extra-utérine*, cas que j'ai rapporté en détail dans la XVIII^e^ livraison (explication de la planche VI); mais il y a entre ces deux faits cette différence que, dans celui de la XVIII^e^ livraison, le fœtus était contenu dans un kyste cartilagineux, tandis que, dans celui de

la XXXVII^e^, le fœtus n'était point enkysté, mais flottait librement dans la cavité péritonéale, ne tenant aux parties voisines que par des liens celluleux très nombreux. Ces liens celluleux, que j'ai pris d'abord pour des adhérences ordinaires, n'étaient autre chose, comme l'a très bien fait remarquer M. Thivet, que les membranes fœtales, d'une part, appliquées si exactement sur le corps du fœtus, et tellement identifiées avec lui qu'on ne pouvait les en séparer, et, d'une autre part, adhérentes aux parties voisines. Ces membranes, kyste naturel du fœtus, expliquent pourquoi le fœtus a été trouvé libre et flottant dans la cavité péritonéale, phénomène qui serait tout-à-fait en dehors de cette loi pathologique à laquelle je ne connais pas d'exception, savoir que *tout corps étranger, tout produit accidentel venu du dehors ou formé au dedans de nous, ne peut s'y maintenir impunément pour nos organes, qu'à la faveur d'un kyste d'isolement.* De simples adhérences ne sauraient remplacer ce kyste d'isolement.

En généralisant ce fait particulier, si toutefois un fait particulier peut être généralisé, on pourrait dire que, dans la grossesse péritonéale primitive, il n'y a pas de kyste, attendu que les enveloppes fœtales en tiennent place, tandis que, dans la grossesse péritonéale consécutive, il doit nécessairement y avoir un kyste, lequel paraît être constitué par le péritoine lui-même, doublé de produits pseudo-membraneux.

Quant aux adhérences que contractent les membranes de l'œuf avec le péritoine, elles s'expliquent par la vitalité dont ces membranes sont douées, vitalité qu'elles conservent, même après la mort du fœtus, par suite de ces adhérences. Une croûte calcaire enveloppe le fœtus, dont tous les organes, à l'abri du contact de l'air et de toutes les autres conditions qui favorisent la putréfaction, doivent rester inaltérables. L'altération observée sur le membre supérieur du côté droit est probablement antérieure de quelques jours à la mort de la mère, et le résultat de la péritonite consécutive à la hernie ombilicale étranglée. Je ne sais comment les pieds-bots de ce fœtus pourraient s'expliquer par une théorie autre que celle de la compression exercée sur les membres inférieurs de l'enfant, par suite de la position qu'il affectait dans la cavité abdominale (1). Je rappellerai ici que dans un cas de grossesse extra-utérine ovarienne, au terme de sept à huit mois, le fœtus étant ployé en double sur lui-même, de telle manière que les pieds débordaient en haut la tête, et venaient appuyer contre la paroi supérieure du kyste; il y avait également deux pieds-bots.

Quant à la conservation parfaite à l'état de mollesse, de flexibilité des viscères thoraciques et abdominaux, des muscles, vaisseaux et nerfs, pendant dix-huit ans, conservation telle que le fœtus aurait pu servir jusqu'à un certain point à la dissection des organes, elle s'explique par une sorte de dessiccation incomplète à la vapeur, qui a eu lieu dans la cavité abdominale. Le cerveau et la moelle épinière sont les seuls organes qui ne se conservent jamais en pareil cas : ils se convertissent toujours en une matière grasse concrète.

(1) Voyez Discussion à l'Académie royale de médecine sur l'étiologie du pied-bot et sur les arrêts de développement. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1838, t. III, pages 85 et suiv.